

**INSTITUTO SUPERIOR MIGUEL TORGA**

ESCOLA SUPERIOR DE ALTOS ESTUDOS

LARA SOFIA DE JESUS MARTINS

**TRAUMA E PSICOPATOLOGIA NA DOR SOMATOFORME**



Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica  
Ramo Psicoterapia e Psicologia Clínica

Coimbra, 2010



ESCOLA SUPERIOR DE ALTOS ESTUDOS

LARA SOFIA DE JESUS MARTINS

## **TRAUMA E PSICOPATOLOGIA NA DOR SOMATOFORME**

Dissertação Apresentada ao ISMT para a Obtenção do Grau de Mestre em Psicoterapia e  
Psicologia Clínica

Orientadora: Professora Doutora Helena Espírito Santo, Professora Assistente no ISMT

Coimbra, Fevereiro 2010

## **AGRADECIMENTOS**

No final deste percurso desafiante não posso deixar de agradecer às pessoas que contribuíram em todo o processo.

Aos doentes que conheci e que aceitaram dar o seu contributo para a realização desta investigação.

À Professora Doutora Helena Espírito Santo, orientadora da dissertação, agradeço o apoio e as valiosas contribuições para a realização desta investigação. O meu obrigada por me ter acompanhado ao longo do percurso e estimular o meu interesse pela investigação.

Quero agradecer também aos meus amigos pelo apoio e disponibilidade incondicional ao longo desta etapa.

Agradeço aos meus pais o apoio emocional que me fez continuar em todas as alturas.

Por último, o meu obrigada às minhas colegas de orientação de mestrado pela partilha valiosa de conhecimentos.

O meu sentido agradecimento a todos os outros que directa ou indirectamente fizeram com que fosse possível finalizar esta etapa da melhor forma.

## RESUMO

**Objectivo:** Esta investigação pretendeu averiguar as experiências traumáticas e o seu impacto em doentes com perturbação de dor somatoforme e investigar a associação entre tipos de trauma e localizações da dor. Como objectivos secundários, quisemos perceber se a depressão e outros sintomas psicopatológicos estariam ligados a este quadro de dor, se a intensidade da dor era diferente pelo sexo e pelo tipo de diagnóstico de dor somatoforme e, finalmente, se o sexo tinha influência sobre o tipo de diagnóstico.

**Método:** Para a confirmação do diagnóstico de dor somatoforme, recorremos a uma entrevista estruturada, a versão actualizada da *Mini International Neuropsychiatric Interview* (M.I.N.I.), a M.I.N.I. Plus. Para registar objectivamente a localização anatómica da dor utilizámos a nossa adaptação do *Pain Drawing Instrument*, que denominámos de *Mapa Corporal da Dor* (MCD). Para avaliar as experiências traumáticas usámos o *Traumatic Experiences Checklist* (TEC). Para avaliar os sintomas depressivos e os sintomas psicopatológicos, aplicámos o *Beck Depression Inventory* (BDI) e o *Brief Symptom Inventory* (BSI) respectivamente. A nossa amostra ficou constituída por um grupo de doentes com dor somatoforme ( $n = 30$ ) e um grupo de comparação que incluiu doentes sem patologia de dor ( $n = 30$ ). As idades ficaram compreendidas entre os 26 e os 68 anos.

**Resultados:** Os doentes com dor somatoforme têm significativamente mais experiências traumáticas emocionais, de abuso sexual e de ameaça corporal do que os doentes sem dor. Essas experiências foram todas registadas com impacto máximo. A localização da dor correlaciona-se moderadamente com o local do trauma no corpo. Os doentes do grupo com dor têm valores elevados na depressão e a diferença das pontuações médias entre os dois grupos é altamente significativa. O grupo de doentes com dor apresenta valores significativamente mais elevados em todos os sintomas psicopatológicos. Observamos ainda que a intensidade da dor nas mulheres é significativamente mais alta do que nos homens. Não encontramos diferenças na intensidade da dor quando comparamos os dois diagnósticos de dor somatoforme. Verificámos que o sexo feminino prediz o tipo de diagnóstico de dor.

**Conclusão:** Ficou clara a relação entre trauma e dor somatoforme, no entanto os nossos resultados devem ser vistos como preliminares e replicados em amostras maiores e representativas.

**Palavras-chave:** Dor Somatoforme, Experiências Traumáticas, Depressão, Psicopatologia.

## ABSTRACT

**Objective:** This research sought to examine the traumatic experiences and their impact in patients with somatoform pain disorder and investigate the association between types of trauma and pain locations. As secondary objectives, we wanted to see if depression and other psychopathological symptoms were related with this state of pain, if the pain intensity differs by gender and type of diagnosis of somatoform pain and if the gender had an influence on the type of diagnosis.

**Method:** To confirm the diagnosis of somatoform pain, we used a structured interview, the updated version of the *Mini International Neuropsychiatric Interview* (M.I.N.I.), the M.I.N.I. Plus. To register objectively anatomical location of pain we used our adaptation of the *Pain Drawing Instrument* that we call *Map body of Pain*. To access the traumatic experiences we applied the *Traumatic Experiences Checklist* (TEC). To evaluate depressive symptoms and psychopathological symptoms, we used the *Beck Depression Inventory* (BDI) and the *Brief Symptom Inventory* (BSI), accordingly. Our sample had a group of patients with somatoform pain disorder ( $n = 30$ ) and a comparison group that included patients without pathology of pain ( $n = 30$ ). Their ages were between 26 and 68 years old.

**Results:** The patients with somatoform pain had a significant higher number of emotional traumatic experiences, of sexual abuse and physical threats than painless patients. Those experiences were attained at full impact. The pain location has a moderate correlation with the trauma spot in the body. Patients in the pain group have high levels of depression and the difference on the average scores between the two groups is highly significant. The group of pain patients has significantly higher values in all psychopathological symptoms. We also observed that the intensity of pain in women is significantly higher than in men. We found no differences in pain intensity when comparing the two diagnoses of somatoform pain. We found that female sex predicts the type of diagnosis of pain.

**Conclusions:** There is a clear relationship between trauma and somatoform pain. Nevertheless, our results should be viewed as preliminary and replicated in larger samples and representative.

**Key-words:** Somatoforme Pain, Traumatic Experiences, Depression, Psychopathology.

# ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>1</b>
A Dor não Explicada Medicamente	1
Perturbação de Dor Somatoforme	3
Etiopatogenia	5
Acontecimentos Traumáticos	6
Objectivos	8
<b>MATERIAIS E MÉTODOS</b>	<b>9</b>
Amostras e Procedimentos	9
Instrumentos	11
Análise Estatística	14
<b>RESULTADOS</b>	<b>15</b>
Descritivas	15
<b>DISCUSSÃO E CONCLUSÃO</b>	<b>19</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>25</b>
<b>ANEXOS</b>	
ANEXO 1: <i>Mini International Neuropsychiatric Interview</i> (M.I.N.I. Plus)	
ANEXO 2: <i>Traumatic Experiences Cheklist</i> (TEC)	
ANEXO 3: <i>Beck Depression Inventory</i> (BDI)	
ANEXO 4: <i>Brief Symptom Inventory</i> (BSI)	
<b>APÊNDICES</b>	
APÊNDICE A: Declaração de Consentimento Informado	
APÊNDICE B: <i>Mapa Corporal da Dor</i> (MCD)	

## INTRODUÇÃO

### A DOR NÃO EXPLICADA MÉDICAMENTE

Os quadros clínicos caracterizados por sintomas de dor não explicada por uma condição médica geral são frequentes, tanto na prática médica, como na literatura.

Nestes quadros é frequente uma incapacitação desproporcional aos resultados encontrados nos exames médicos (Kroenke, 2003; Kroenke & Laine, 2001; Kroenke, 1997; Wessely, Nimnuan & Sharpe, 1999). Os quadros de dor aparecem frequentemente associados a outros sintomas psicopatológicos, particularmente com a depressão e com a ansiedade (Arnold, et al., 2006; Bacon et al., 1994; Bankier, Aigner, Krones, & Bach, 2000; Fink, et al., 2005; Hardt, Nickel, Petrak, & Egle, 2004; Michelidakis, Mikirditsian, & Vlisides, 2008; Sullivan, 2001). Os doentes com quadros de dor não explicada medicamente tendem a passar por várias especialidades médicas e a receber diferentes diagnósticos (Aaron & Buchwald, 2000). Num estudo realizado por Kroenke e Mangelsdorff (1989), que pretendia avaliar a causalidade orgânica das queixas de dor dos doentes que se dirigiam às consultas de atendimento primário, observou-se que mais de 80% dos doentes observados não apresentavam indícios orgânicos para a dor. Pelo menos 20% das consultas médicas depararam-se com doentes com sintomas somáticos que não são explicados por doenças definidas convencionalmente (Rief & Sharpe, 2004). Estes doentes preocupam-se com a negligência e com o tratamento errado da parte dos médicos e procuram um diagnóstico orgânico que confirme o seu papel de doente; é um diagnóstico mais frequente no sexo feminino (Henningsen, Jakobsen, Schiltenswolf, & Weiss, 2005; Noyes et al., 2006). A catastrofização da dor está também associada a esta perturbação e parece constituir uma forma de maximizar, ou, solicitar ajuda, ou obter resposta empática por parte dos outros (Lackner & Gurtman, 2004; Sullivan et al., 2001).

Apesar da gravidade destes sintomas poder ser questionada, e da difícil conceptualização e classificação, a importância que os quadros de dor assumem na vida das pessoas e as limitações que produzem fazem com que estes quadros sejam aceites como um tipo de transtorno (Wessely et al., 1999).

Durante séculos, a dor sem explicação médica foi percebida como sintoma histérico (Guze, Woodruff & Clayton, 1971, 1972; Gordon, Kraiuhin, Kelly & Meares, 1984), mas com o DSM-III (APA, 1980) foi criada uma categoria diagnóstica específica para a dor não

orgânica, a categoria das perturbações somatoformes<sup>1</sup>. Segundo a definição desta versão do DSM, os factores psicológicos deviam estar envolvidos etiologicamente nos sintomas de dor (APA, 1980). O estabelecimento de uma relação etiológica tornou-se impossível de demonstrar e, por isso, o critério foi eliminado da versão DSM-III-R e DSM-IV (APA, 1987, 1994). As perturbações somatoformes, enquanto entidades clínicas, são categorizadas de forma semelhante pelo DSM-IV e pelo ICD-10 (World Health Organization, 1994).

Em 1924, Wilhelm Stekel introduziu o termo *somatização* na psiquiatria para se referir ao processo pelo qual uma neurose *enraizada* podia causar uma perturbação corporal (Lipowski, 1988; Marin & Carron, 2002; Shorter, 2005). Para os sintomas que não podem ser explicados convenientemente através de achados orgânicos, foi também proposta a designação *sintomas somáticos funcionais* (Mayou, 1991; Mayou & Farmer, 2002; Fink, Olesen & Rosendal, 2005; Okasha, 2003), termo que não indica causalidade e que é mais aceite pelos doentes (Stone et al., 2002). De facto, a somatização tem sido compreendida como o mecanismo explicativo das perturbações somatoformes. O mecanismo somático é também visto como uma tendência que o indivíduo tem de vivenciar e comunicar as suas angústias através de sintomas físicos que não apresentam uma evidência patológica melhor explicada medicamente Lipowski (1988). Lipowski (1988) fala do mecanismo somático, não como um transtorno psiquiátrico ou categoria diagnóstica, mas sim como um conceito global geral que pode apresentar-se através de fenómenos clínicos variados, geralmente associados a transtornos ansiosos e depressivos e como característica principal dos transtornos somatoformes.

Já Kellner (1990) entende a somatização como uma ou várias queixas físicas, a respeito das quais uma investigação adequada revele a não existência de patologia orgânica ou mecanismo patofisiológico que expliquem a queixa física. Para Kellner a somatização está também presente quando existe patologia orgânica, em que as queixas físicas, ou, disfunção social ou, ocupacional resultantes estão marcadamente em excesso em relação ao que seria de esperar, tendo por base os achados físicos. Outros autores também não consideram o *mecanismo somático* como doença específica, e, sim, um processo com um espectro de manifestações (Katon & Walker, 1992; Kroenke et al., 1994; Kroenke et al., 1997).

---

<sup>1</sup> As perturbações somatoformes referem-se a um conjunto de distúrbios psiquiátricos que se acompanham de queixas somáticas (APA, 2000). A característica comum das perturbações somatoformes consiste na presença de sintomas físicos que sugerem um estado físico geral e, no entanto, não são completamente explicados por este estado físico, pelo efeito de substâncias ou por outra perturbação mental. Estes sintomas devem ainda causar um mal-estar clinicamente significativo ou dificuldades no funcionamento social, ocupacional ou noutras áreas (APA, 2000).



## PERTURBAÇÃO DE DOR SOMATOFORME

Dentro do grupo das perturbações somatoformes<sup>2</sup> interessa-nos destacar a perturbação de dor somatoforme, particularmente a dor somatoforme crónica *associada a factores psicológicos* e dor somatoforme crónica *associada a factores psicológicos e a condição médica geral*; dentro deste segundo diagnóstico queremos ainda particularizar os doentes que manifestam dor orgânica não explicada pela condição médica actual.

A perturbação de dor caracteriza um quadro que se define por dor em um ou mais locais anatómicos aos quais se associam factores psicológicos. Esta dor não é manifestada intencionalmente e resulta num prejuízo clinicamente significativo na vida da pessoa (APA, 2000). O DSM-IV indica três subtipos diferentes de perturbação da dor: *associada a factores psicológicos*, *associada a factores psicológicos e a condição médica geral* e *perturbação de dor presente numa condição médica geral*. De facto, devido à imprecisão dos critérios para esta perturbação, ela é pouco diagnosticada com total correspondência de critérios (Sullivan, 2001). Dados epidemiológicos provenientes de alguns estudos apontam para uma prevalência anual de 0,6% (Faravelli et al., 1997) e de prevalência semestral 17,3% na população em geral (Grabe et al., 2003).

Os conceitos de mecanismo de somatização e de perturbação de dor somatoforme encontram divergências na literatura (Bombana et al., 2002). A sobreposição com outras perturbações psiquiátricas aumenta a controvérsia sobre a categorização das perturbações somatoformes e a probabilidade de erros de diagnóstico (Martin, 1999; Mayou et al., 2005). Muitos doentes com depressão e ansiedade podem não ser diagnosticados como tal devido à grande justaposição de sintomas *somáticos* (De Waal et al., 2004; Haug, Mykletun, & Dahl, 2004; Kroenke, & Spitzer, 1997; Leibbrand, Hiller, & Fichter, 1999; Mergl et al., 2007). Síndromes crónicas dolorosas, tais como, cólon irritável, síndrome da fadiga crónica ou fibromialgia podem ser classificados no eixo III do DSM-IV-TR, mas como são síndromes que não são totalmente explicadas por doença orgânica, podem também ser diagnosticados como perturbação somatoforme indiferenciada ou perturbação da dor (eixo I) (Martin, 1999; Mayou et al., 2005; Wessely et al., 1999). Alguns exemplos de dor somatoforme têm sido relatados, tais como o síndrome da boca ardente (Bogetto, Maina, Ferro, Carbone, &

---

<sup>2</sup> Segundo o DSM-IV, o grupo das perturbações somatoformes inclui a perturbação de somatização, a perturbação somatoforme indiferenciada, a perturbação de conversão, a perturbação de dor somatoforme, a hipocondria, a perturbação dismórfica corporal e a perturbação somatoforme sem outra especificação.

Gandolfo, 1998); dor pélvica crónica (Ehlert, Heim, & Hellhammer, 1999; Heim, Ehlert, Hanker, & Hellhammer, 1998; Matheis, Martens, Kruse, & Enck, 2007); dores lombares (Schur et al., 2007) e a fibromialgia (Geisser et al., 2008; Müller, Schneider, & Stratz, 2007; Näring, van Lankveld, & Geenen, 2007). Existe também quem defenda que a dor somatoforme deve ser considerada como uma condição médica e colocada no Eixo III (Mayou et al., 2005; Sharpe & Mayou, 2004; Kroenke et al., 2007). A validade desta categoria de diagnóstico é também questionada pela grande sobreposição com a perturbação de conversão (Birket-Smith & Mortensen, 2002) e outras perturbações somatoformes<sup>3</sup> (Aigner & Bach, 1999; Nordin, Eisemann, & Richter, 2006). Nos doentes com perturbação de dor, o impacto da dor na vida quotidiana é grande e muito desestabilizador (Arnow et al., 2006; Dersh, Polatin, & Gatchel, 2002). São doentes com níveis altos de ansiedade, de depressão, de outras queixas somáticas e de dissociação somática e psicológica (Bacon et al., 1994; Dersh, Polatin, & Gatchel, 2002). Entre os sintomas psicopatológicos referidos, o quadro depressivo é o mais comum em associação com a dor (Faucett, 1994; Fishbain, Cutler, Rosomoff, & Rosomoff, 1997; Kendall-Tackett, 2003; Magni, Moreschi, Rigatti-Luchini, & Merskey, 1994; McWilliams, Cox, & Enns, 2003; Van Houdenhove & Egle, 2004). Existe a discussão de que a depressão pode já estar presente antes dos sintomas de dor, mas existem também argumentos sobre se estes dois quadros têm um mecanismo neurobiológico comum (Malt, Berle, Olafsson, Lund, & Ursin, 2000). A alta comorbilidade encontrada entre a dor crónica, com ou sem explicação médica, e sintomas depressivos pode estar relacionada com as características que estes dois quadros partilham, como baixos níveis de serotonina, problemas de sono e distorções cognitivas (Kendall-Tackett, 2003). Contudo, esta comorbilidade pode também desenvolver-se como resposta a um dia-a-dia vivido com dor (Houdenhove & Egle, 2004). Nos casos de abuso, a gravidade do abuso pode influenciar tanto a intensidade da dor sentida como a intensidade do quadro depressivo (Walker, Katon, Roy-Byrne, Jemelka, & Russo, 1993). Esta é uma discussão que ainda permanece e não se encontra totalmente esclarecida. A patologia de dor associa-se assim à depressão e à ansiedade; por este motivo há quem coloque dúvidas sobre a sua categorização (Okasha, 2003).

---

<sup>3</sup> Perturbação de somatização e perturbação somatoforme indiferenciada

Alguns exemplos de instrumentos usados para classificação diagnóstica são o *Screening for Somatoform Symptoms* (SOMS; Rief, Hiller, Geissner e Fichter (1995), o *Mini International Neuropsychiatric Interview* (M.I.N.I. PLUS; Sheehan et al., 2006), a *Structured Clinical Interview for DSM-IV* (SCID) (First, Spitzer, Williams, & Gibbons, 1997), a *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI) (Andrews & Peters, 1997), e o *Somatoform Disorders Symptom Checklist* (Kroenke, Spitzer, deGruy, Swindle, 1998).

## ETIOPATOGENIA

Só actualmente se têm dados os primeiros passos na compreensão da neurobiologia da dor somatoforme. Os dados neurobiológicos mais recentes indicam disfunções nos circuitos de processamento da dor, em especial nas regiões que regulam as emoções (Gündel et al., 2007; Stoeter et al., 2007).

Ao longo dos anos foram feitos esforços para diferenciar a dor somatoforme da dor associada a condições médicas mas a patofisiologia da dor somatoforme ainda não é totalmente conhecida (APA, 1994; King & Strain, 1992; Saletu et al., 2005).

Na psicologia e na psicopatologia, é consensual a importância do trauma na etiologia da dor somatoforme. A experiência de vivenciar eventos adversos, independentemente de os considerar traumáticos ou não, encontra hoje na literatura relações com uma ampla variedade de transtornos clínicos, psiquiátricos, síndromes psicopatológicas ou mesmo padrões de comportamento característicos (Nilsson & Svedin, 2006; Nijenhuis et al., 1998; Van Der Kolk et al., 1996). A associação entre trauma e queixas somáticas é referida desde os trabalhos de Briquet sobre a histeria. Em 1859, o psiquiatra francês Pierre Briquet estabeleceu a primeira conexão psicológica entre os sintomas de histeria, incluindo os de somatização, com histórias de traumas sexuais na infância. Em cerca de quinhentas doentes histéricas, 76% teve relatos de experiências traumáticas (Briquet, 1859). Um facto marcante quando se estuda pessoas vítimas de trauma, são as queixas físicas sem explicação médica, tendo-se assumido tradicionalmente que essas queixas constituem formas da pessoa *converter* o mal-estar psicológico em queixas físicas (Eisen, Goldberg, True, & Hendersen, 1991). Alguns estudos encontraram uma grande prevalência de abuso físico e emocional em pessoas com diagnóstico de síndrome de fadiga crónica, fibromialgia e outras queixas para as quais não parece haver uma causa física óbvia; relatam também que factores como o abuso na infância, doença funcional nos pais e estilo parental podem apontar para alguma predisposição á síndrome dolorosa (Engel, 1996, 2004; Fink et al., 2005; Hexel & Sonneck, 2002; Lackner et al., 2004; Pribor et al., 1993; Ross, 2005; Salmon et al., 2003; Yücel et al.,

2002). No entanto, estes factores não são exclusivos desta patologia (Fink et al., 2005). Têm sido identificados alguns factores capazes de precipitar a sintomatologia dolorosa, contudo estes factores tem sido muito inespecíficos e intimamente relacionados com o stress (perda de emprego, doença física, luto ou outros) (Fink et al., 2005; Frosthholm et al., 2005). Outros estudos mostram que as pessoas com história de trauma têm mais visitas ao médico (Golding et al., 1988, Reiter et al., 1990; Talley et al., 1994) e mais cirurgias (Drossman, Leserman, et al., 1990; Leserman, Drossman et al., 1996). A forma como estes doentes são recebidos pelos profissionais de saúde parece ter um papel relevante no curso da doença (Crimlisk et al., 1998).

A associação particular entre tipos de trauma e dor não explicada medicamente tem sido referida na literatura. Alguns estudos relatam associações entre abuso sexual e dor pélvica crónica (Cunningham et al, 1988; Harrot-Griffiths et al, 1988; Kessler et al., 1995; Lechner et al, 1993; Nijenhuis, 1999; Toomey et al, 1995; Walker et al., 1992), outros falam da particular ligação entre abuso sexual e dor anal crónica (Hexel & Sonneck, 2002; Sack, et al., 2007), e outros estudos falam da exposição a desastres, como terramoto ou furação, e da sua associação a sintomas de dor abdominal crónica<sup>4</sup> (Escobar et al., 1995; Kinzl et al., 1995). Um estudo, conduzido pelo departamento de psiquiatria do hospital da Universidade de Zurich, veio também demonstrar uma prevalência grande de dor crónica em vítimas de acidentes de viação, que três anos antes já se encontravam recuperadas fisicamente. Três anos depois do acidente os sujeitos com dor crónica mostraram níveis superiores de depressão, ansiedade e incapacidade. O desenvolvimento da dor crónica foi superior em sujeitos que relataram sintomas psicológicos mais instáveis na altura do acidente (Josef Jenewein et al., 2007).

### ACONTECIMENTOS TRAUMÁTICOS

Etimologicamente a palavra trauma deriva do grego *τραυμα* significando ferida, ferimento (Machado, 1990).

Os eventos traumáticos podem assumir inúmeras formas e relacionar-se intimamente entre si. O trauma pode ser pensado como a experiência de se ser convertido em um *objecto*. No que concerne ao *trauma físico* (traumatismo), este constitui uma interrupção abrupta da experiência diária, muitas vezes com perda de controlo sobre o corpo. Exemplos disso são os desastres naturais, a guerra, violação, os acidentes, a violência e outras experiências

---

<sup>4</sup> Estão presentes sintomas como náuseas e vômitos.

assustadoras causadoras de descontinuidades de experiências físicas e psicológicas (Classen et al., 1993). O trauma psicológico refere-se tanto ao evento observável directa e objectivamente quanto à sua percepção, interpretação, representação interna e subjectiva. Um acontecimento traumático é definido como uma situação que envolve experiências de quase morte, perigo de morte, lesão significativa ou risco para a integridade, do próprio ou dos outros em que a resposta do indivíduo envolveu medo intenso, horror ou sensação de impotência (APA, 2000). Herman (1997) define o trauma psicológico como a *aflição da impotência*, a pessoa estaria rendida, incapaz de agir efectivamente, subjugada por uma força superior, à mercê das consequências do evento, seja ele, uma situação de combate, rapto, actos de terrorismo, desastres naturais e humanos, homicídios, assaltos, violência física e sexual, acidentes de viação ou doença com risco de vida. Segundo Albuquerque et al. (2003) a taxa de exposição a eventos traumatizantes na população portuguesa é de cerca de 75%.

Quando sujeito a um evento potencialmente traumático, o ser humano responde conforme as suas aprendizagens, a sua personalidade, o contexto e as características da própria situação. Estes factos conferem a este fenómeno a subjectividade que se torna única de indivíduo para indivíduo. Aquilo que pode ser traumático para um indivíduo pode não ser para outro e, mesmo sendo traumático para ambos, ambos irão reagir de forma diferente (Chertoff, 1998; Guerreiro et al., 2007). Nijenhuis (1998) da revisão que fez de vários estudos notou que os indivíduos traumatizados, em especial adultos sobreviventes de abuso físico e sexual na infância, manifestavam muitas vezes sintomas somatoformes.

As experiencias traumáticas vivenciadas pelos indivíduos encontram na literatura forma de serem avaliadas. Alguns exemplos são a *Impact of Events Scale* (IES; Horowitz, Wilner, & Alvarez, 1979), a *Structured Trauma Interview* (STI; Draijer, 1989), o *Traumatic Antecedents Questionnaire* (TAQ; Herman, Perry, & van der Kolk, 1989), o *Trauma Symptom Inventory* (TSI; Briere, 1995), o *Trauma History Questionnaire* (THQ; Green, 1996), o *Traumatic Experiences Inventory* (TEI; Sprang, 1997), o *Traumatic Events Screening Inventory* (TESI; Rogers et al., 1996), o *Traumatic Life Events Questionnaire* (TLEQ; Kubany et al., 2000), o *Traumatic Experiences Checklist* (TEC; Nijenhuis, Van der Hart, & Kruger, 2002). A *TEC* tem sido o instrumento mais estudado e está validado para a população portuguesa.

## OBJECTIVOS

Pela ausência deste tipo de estudos em Portugal, pretendemos saber a prevalência das experiências traumáticas e o seu impacto nos doentes com dor somatoforme.

Alguns estudos que investigámos apontam para uma associação entre certos tipos de trauma e certos tipos de dor e ainda para uma prevalência elevada de sintomas somatoformes em doentes que sofreram trauma físico e abuso sexual (Cunningham et al, 1988; Escobar et al., 1992; Harrot-Griffiths et al, 1988; Hexel & Sonneck, 2002; Jenewein et al., 2007; Kessler et al., 1995; Kinzl et al., 1995; Lechner et al, 1993; Nijenhuis, 1999; Sack, et al., 2007; Toomey, 1995; Walker et al., 1992). Por este motivo, achámos interessante saber se existe trauma em doentes com dor e perceber se o local da dor se relaciona com o local do trauma. Alguns estudos apontam para uma correspondência entre abuso sexual e dor pélvica crónica (Cunningham et al, 1988; Harrot-Griffiths et al, 1988; Kessler et al., 1995; Lechner et al, 1993; Nijenhuis, 1999; Toomey et al, 1995; Walker et al., 1992); outros apontam para uma relação entre abuso sexual e dor anal crónica (Hexel & Sonneck, 2002; Sack, et al., 2007); outros estudos relatam que a experiência de vivenciar desastres naturais, como terramoto ou furação se encontra associada a sintomas de dor abdominal crónica (Escobar et al., 1995; Kinzl et al., 1995).

Também, e uma vez que assim o sugere a literatura, tencionámos saber se factores como a depressão ou outros quadros psicopatológicos estão ligados a esta condição de dor (Dersh, Polatin, & Gatchel, 2002; Eekhof & Van Hemert, 2004; Hexel & Sonneck., 2002; Kirmayer et al., 1993; Lipowski, 1990; Michelidakis et al., 2008; Rief & Hiller., 1999; Simon et al., 1999; Stoeter et al., 2007).

Quisemos ainda saber se existiam diferenças na exteriorização da intensidade da dor e no tipo de diagnóstico de dor pelo sexo. Finalmente, tínhamos a dúvida se a dor associada a aspectos emocionais se diferenciava, a nível da intensidade sentida pelo doente, da dor associada a aspectos emocionais e a um estado físico geral.

## MATERIAIS E MÉTODOS

### AMOSTRAS E PROCEDIMENTOS

A nossa investigação consiste num estudo exploratório/descritivo e correlacional; é ainda um estudo transversal porque é limitado no tempo.

Recolhemos a nossa amostra de conveniência, sem critério de sexo ou idade, na consulta da dor dos Hospitais da Universidade de Coimbra e do Hospital Infante D. Pedro, em Aveiro. A amostra foi recolhida de Março de 2009 a Junho de 2009, de forma consecutiva, segundo o critério de diagnóstico de dor somatoforme apontado pelo médico/psiquiatra. A nossa amostra foi dividida em dois grupos, o grupo de doentes com dor e o grupo de doentes sem dor. Todos os doentes foram incluídos neste estudo como tendo dor somatoforme associada a factores psicológicos. Foram também incluídos os doentes *com dor somatoforme associada a factores psicológicos e um estado físico geral*; actualmente, a dor nestes doentes é mantida, não por achados biológicos, mas devido à grande influência dos factores psicológicos. Exluímos os diagnósticos que poderiam apontar para *dor somatoforme associada a um estado físico geral* ou dor aguda. A amostra do grupo sem dor foi recolhida na cidade de Coimbra, e na cidade de Aveiro. O total da amostra é constituído por 60 sujeitos: 30 sujeitos no grupo com dor e 30 sujeitos no grupo de comparação (sem dor).

Todos os questionários foram lidos pelo avaliador devido à idade avançada de alguns doentes. Usámos o mesmo procedimento para todos os outros sujeitos com vista a uniformizar o processo. A participação dos doentes foi voluntária e informada, tendo em consideração os princípios éticos presentes na Declaração de Helsínquia (World Medical Association, 2004). Para garantir a confidencialidade e o anonimato foi lido e assinado um formulário de consentimento informado (Apêndice A). Utilizámos a M.I.N.I Plus (*Mini International Neuropsychiatric Interview*) para confirmar o diagnóstico de dor somatoforme. Exluímos dois doentes que não correspondiam aos critérios pedidos para o diagnóstico desta patologia. Para a recolha de dados foram utilizados quatro instrumentos: O MCD (*Mapa Corporal da Dor*), a TEC (*Traumatic Experiences Checklist*), o BDI (*Beck Depression Inventory*) e o BSI (*Brief Symptom Inventory*). Explicámos a todos os sujeitos que os instrumentos tinham apenas uma finalidade de investigação e não de intervenção psicoterapêutica. As características sociodemográficas são apresentadas no Quadro 1.

Quadro 1 - *Dados Sociodemográficos da Amostra.*

	Totais (n = 60)				Grupo com Dor (n = 30)				Grupo sem Dor (n = 30)			
	n	%	M	DP	n	%	M	DP	n	%	M	DP
Idade			44,25	10,17			43,53	8,78			44,97	11,52
Sexo												
Feminino	43	71,70			22	36,70			21	35,00		
Masculino	17	28,30			8	13,30			9	15,00		
Nível de Escolaridade												
1º Ciclo	17	28,30			15	25,00			2	3,30		
2º Ciclo	11	18,40			10	16,70			1	1,70		
3º Ciclo	22	36,60			5	8,30			17	28,30		
Universitário	10	16,70			0	0			10	16,70		
Estado Civil												
Solteiro	8	13,40			4	6,70			4	6,70		
Casado	39	64,90			17	28,30			22	36,60		
Divorciado	5	8,40			4	6,70			1	1,70		
Viúvo	2	3,30			2	3,30			0	0		
União de facto	6	10,00			3	5,00			3	5,00		
Categoria Profissional												
Quadros Intermédios	28	46,60			5	8,30			23	38,30		
Não Qualificados	10	16,70			9	15,00			1	1,70		
Desempregados	22	36,70			16	26,70			6	10,00		
Residência												
Coimbra	9	15,00			7	11,70			2	3,30		
Aveiro	38	63,30			13	21,70			25	41,70		
Viseu	7	11,70			5	8,30			2	3,30		
Porto	6	10,00			5	8,30			1	1,70		

Notas: M = Média, DP = Desvio Padrão



Temos uma amostra constituída por 60 sujeitos, 43 (71,7%) do sexo feminino e 17 (28,3%) do sexo masculino. A média de idades é de 44,3 % e a percentagem de sujeitos casados é mais elevada (64,9%). No grupo com dor encontramos uma maior percentagem de sujeitos com o primeiro ciclo de estudos (25,0%) e de desempregados (26,7%). Em contraste, o grupo sem dor tem um nível de escolaridade mais elevado (universitários 16,7%) e categoria profissional superior (quadros intermédios 38,3%). As diferenças entre os dois grupos não são significativas, nem no nível de escolaridade ( $U = 384,00$ ;  $p = 0,30$ ), nem na categoria profissional ( $U = 422,50$ ;  $p = 0,68$ ).

## INSTRUMENTOS

Para confirmarmos o diagnóstico de dor utilizámos a entrevista M.I.N.I. Plus (*Mini International Neuropsychiatric Interview*; Sheehan et al., 2006). A versão Plus da M.I.N.I., apesar de muito semelhante, é mais completa e além de fazer o diagnóstico, segundo os critérios do DSM-IV, para os principais transtornos psicóticos e de humor já incluídos na versão normal da M.I.N.I., esta versão inclui critérios para o diagnóstico da dor somatoforme. Na versão mais curta da mini encontramos a versão portuguesa (5.0.0.) que foi traduzida por Guterres, Levy e Amorim em 1999. Contudo, a versão actualizada ainda não se encontra traduzida para Portugal. Escolhemos a M.I.N.I. Plus porque é uma entrevista organizada por secções independentes de diagnóstico que permite seleccionar categorias diagnósticas específicas e por isso tornar o tempo de aplicação muito reduzido. É constituída por respostas dicotómicas (sim/não), em que para todas as secções, existe uma ou duas questões de entrada que permitem excluir ou incluir o diagnóstico (Amorim, 2000). Para uma tradução mais fiel ao instrumento recorreremos ao DSM-IV, uma vez que as perguntas desta entrevista são em tudo semelhantes aos critérios definidos pelo DSM-IV (Ver Anexo 1). Como já referimos, todos os instrumentos foram lidos pelo avaliador tendo em alguns casos a mais-valia de poder explicar com exactidão ao doente o objectivo da pergunta.

O *Mapa Corporal da Dor* (MCD), que utilizámos para a identificação da área dolorosa, é adaptado do *Pain Drawing Instrument* (Margolis, Tait, & Krause, 1986). Este instrumento tem sido usado como objectivo de registar a localização corporal da dor. Uma vez que não se pretende medir nenhum constructo, mas apenas a indicação de uma localização corporal da dor, fizemos algumas alterações para melhor preencher os critérios deste estudo (Ver Apêndice B). Reduzimos as áreas anatómicas e criámos uma nova variável, a *Intensidade da Dor*, que pretende avaliar numa escala de 0 a 5 a intensidade da dor. Neste mapa é pedido à pessoa para indicar a zona do corpo na qual tem sentido dor ou grande

desconforto e o período de tempo durante o qual tem vindo a sentir dessa dor. Posteriormente, é colocado por cima do desenho uma transparência com os números correspondentes às diferentes áreas corporais e assim são identificadas as áreas de dor relevantes para a pessoa. Criámos também a variável *Traumatismo* para que, além das localizações corporais da dor, possam ser registadas nesta variável as localizações dos traumatismos físicos indicados pela TEC. No seu estudo original, o MCD apresenta uma validade inter-juizes, medida pelo coeficiente de Pearson, de 0.949. Contudo, apesar de as suas características não estarem estudadas para a população portuguesa, o MCD é considerado uma escala, porque os indivíduos indicam apenas a localização que se ajusta à sua condição individual e não são obrigados a respostas seriadas de itens, por isso não é exigível a análise das suas propriedades psicométricas (Pais Ribeiro, 1999; Pais Ribeiro, 2007).

O *Traumatic Experiences Checklist* (TEC, Anexo 2) é um questionário de experiências traumáticas elaborado por Nijenhuis, Van der Hart e Vanderlinden (2002). A TEC já teve versões anteriores em que abordavam 25 experiências traumáticas (*Traumatic Experiences Questionnaire* – TEQ; Nijenhuis et al., 1998). Actualmente, é um questionário que aborda 29 experiências traumáticas diferentes, incluindo; a presença ou ausência da situação traumática (dando uma pontuação de 1 se há presença e de 0 se há ausência de situação traumática); a idade de início (se teve início durante os primeiros 6 anos de vida ou numa idade posterior); a duração do trauma; e o impacto que essas experiências tiveram na sua vida (num nível de gravidade de 1= nenhum a 5 = muitíssimo). A TEC avalia vários tipos de trauma: a *negligência emocional*, o *abuso emocional*, a *ameaça corporal*, o *assédio sexual* e o *abuso sexual* (por familiares e outros), problemas familiares graves (como o alcoolismo, a pobreza, problemas psiquiátricos de um membro da família), morte ou perda de um membro da família, danos corporais, experiências de guerra (Nijenhuis et al., 2002; Nijenhuis, van der Hart, Kruger, & Steele, 2004). A TEC possibilita o cálculo de dois índices, o *Total de Presenças* (soma de todos os itens da TEC) e a *Área de Presença Traumática Total* (somas das experiências pelas cinco áreas traumáticas). Este instrumento permite ainda o cálculo dos índices de gravidade traumática; contudo, estes são determinados através do impacto do trauma e da idade em que ocorreu. Quer isto dizer que a TEC não tem índices de gravidade determinados somente pelos índices de impacto. Para responder aos objectivos deste estudo codificamos, adicionalmente, uma variável com o impacto do trauma(s) para a pessoa. A TEC possibilita também definir o contexto psicossocial em que o trauma ocorreu, ou seja, se na família de origem, na família afastada ou por elementos externos à família (Dom, Wilde,

Hulstijn, & Sabbe, 2007; Nijenhuis et al., 1998, 2002, 2004). Este questionário já foi traduzido e validado pela equipa à qual pertencemos. A consistência interna da escala total é boa ( $\alpha = 0,93$ ). Nos tipos de trauma determinados subjectivamente, a consistência interna varia entre 0,78 e 0,87. A pontuação média total das presenças foi de  $4,47 \pm 3,96$  (Espírito-Santo et al., 2009). Neste estudo, foi acrescentada uma questão a todos os itens da TEC relevantes para a avaliação pormenorizada do tipo de dor que foi sentida pelo indivíduo; desta forma, a questão “*Se sim, descreva-a por favor*” foi prolongada a todos os itens relevantes.

O *Beck Depression Inventory* (BDI, Anexo 3) foi desenvolvido por Beck, Wad, Menelson, Mock e Erbaugh em 1961 e validado para a população portuguesa por Vaz Serra e Pio da Costa Abreu em 1973. O BDI foi construído por Beck e os seus colaboradores em 1961, mas mesmo decorrido mais de meio século da sua existência, a sua aplicação para avaliar a depressão permanece actual. Trata-se de um inventário de auto-resposta e destina-se a medir a severidade dos sintomas depressivos. É constituído por 21 itens que reflectem 21 diferentes manifestações da depressão e está organizado em seis parâmetros que avaliam sintomas depressivos do tipo afectivo, cognitivo, motivacional, delirante, físico e funcional (sono, apetite, peso e libido). Na versão portuguesa, a média das pontuações obtidas em indivíduos normais foi de  $3,87 \pm 4,85$ , e nos doentes deprimidos foi de  $25,03 \pm 8,17$ . Os autores consideraram o ponto de corte de 12 (Vaz Serra & Pio da Costa Abreu, 1973)<sup>5</sup>.

O *Brief Symptom Inventory* (BSI, Anexo 4) é uma adaptação do SCL-90-R<sup>6</sup>. Esta adaptação teve como mais-valia a diminuição do tempo de preenchimento deste instrumento. Está validado para a população portuguesa e é dirigido para doentes de foro psiquiátrico/psicológico e também pode ser administrado à população em geral (Derogatis & Melisaratos, 1983). O BSI mede sintomas psicopatológicos e perturbação emocional. O instrumento de 53 itens avalia nove dimensões sintomatológicas (somatização, sensibilidade interpessoal, ansiedade fóbica, obsessividade, depressão, hostilidade, ideação paranóide e psicoticismo) e inclui duas medidas gerais de perturbação emocional. É de realçar que as dimensões não correspondem a diagnósticos psiquiátricos. O BSI avalia também três índices globais, nomeadamente: o índice geral de sintomas (IGS), o total de sintomas positivos e o índice de sintomas positivos. É avaliado por meio de uma escala de Likert, em que a possibilidade de resposta vai desde “nunca” a “muitíssimas vezes”. Na versão portuguesa a consistência interna entre as subescalas situa-se entre 0,62 e 0,80 ( $\alpha$  de Cronbach).

<sup>5</sup> Não foram encontrados dados sobre a consistência interna, tanto no BDI original como na versão portuguesa.

<sup>6</sup> A versão revista do *Symptom Check-List* é composta por 90 itens

A média das pontuações na população geral foi de  $0,84 \pm 0,48$ , e na população clínica foi de  $1,43 \pm 0,71$ . A autora considera, como ponto de corte português, o valor igual ou superior a 1,7 indicando gravidade sintomatológica (Canavarro, 1995, 2007).

## ANÁLISE ESTATÍSTICA

Para a análise estatística utilizámos o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS, versão 16.0 para Windows Vista; SPSS, Inc., 2008).

No presente estudo, as variáveis de critério foram as experiências traumáticas medidas pela TEC; a localização da dor medida pelo *Mapa Corporal*, a *Intensidade da Dor* medida por uma escala de 0 a 5, e a *Localização do Traumatismo* também medida pelo *Mapa Corporal da Dor*. Da TEC escolhemos as subescalas *Total de Presenças* e *Área de Presença Traumática Total*. Para a decisão estatística computámos o teste Kolmogorov-Smirnov com vista estudar a normalidade das distribuições.

Na caracterização da amostra foi efectuada a estatística descritiva, com cálculo das médias e desvios-padrão.

Comparámos os dois grupos (grupo de doentes com dor e grupo de comparação) através das pontuações médias das experiências traumáticas e dos sintomas psicopatológicos. Para o efeito utilizamos o teste *U* de Mann-Whitney. Usámos o teste *t* de *Student* para uma amostra para avaliar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre as pontuações médias dos questionários que aplicámos nos nossos dois grupos e as médias obtidas nos estudos de validação dos mesmos questionários (*Total de Presenças da TEC*,  $M \pm DP = 4,47 \pm 3,96$  e *Área de Presença Traumática Total da TEC*,  $M \pm DP = 2,40 \pm 2,56$ , Espírito-Santo et al., 2009; BDI,  $M \pm DP = 25,03 \pm 8,17$ , Vaz Serra & Pio da Costa Abreu, 1973; BSI,  $M \pm DP = 1,43 \pm 0,71$ , Canavarro, 2007).

Foi utilizado o *Ró* de Spearman para medir a intensidade das relações entre as variáveis em estudo, pois o *Ró* de Spearman não exige normalidade (Pestana & Gageiro, 2008).

Para comparação das frequências das experiências traumáticas usámos o teste de Qui-Quadrado. O teste verifica se existe ou não relação entre duas variáveis, comparando o valor observado na amostra com o valor esperado (Martinez & Ferreira, 2007).

## RESULTADOS

### DESCRIPTIVAS

No Quadro 3 apresentamos as pontuações médias e os desvios-padrão das várias medidas.

Quadro 3. *Diferenças nas Pontuações Médias dos dois grupos (Grupo com Perturbação de Dor,  $n = 30$ , e Grupo sem Perturbação de Dor,  $n = 30$ ) nos Totais e em Subescalas do Traumatic Experiences Checklist (TEC), no Total do Beck Depression Inventory (BDI) e no Total e cada Sintoma do Brief Symptom Inventory (BSI).*

	Totais		Grupo com Dor		Grupo sem Dor		U	p
	M	DP	M	DP	M	DP		
TEC Total <sup>1</sup>	2,33	2,21	4,10	1,69	0,57	0,77	14,50	0,00
TEC Áreas Traumáticas								
Negligência Emocional	0,37	0,52	0,67	0,55	0,07	0,25	194,00	0,00
Abuso Emocional	0,25	0,60	0,50	0,78	0,00	0,00	300,00	0,00
Ameaça Corporal	0,47	0,72	0,87	0,82	0,07	0,25	189,00	0,00
Assédio Sexual	0,05	0,22	0,07	0,25	0,03	0,18	435,00	0,56
Abuso Sexual	0,05	0,22	0,10	0,31	0,00	0,00	405,00	0,08
Área de Presença Traumática Total <sup>2</sup>	1,18	1,31	2,20	1,10	0,17	0,38	32,50	0,00
BDI	18,68	16,04	34,40	3,12	2,97	1,71	0,00	0,00
BSI (IGS)	0,89	0,81	1,67	0,18	0,10	0,05	0,00	0,00
Somatização	1,56	1,56	3,11	0,48	0,04	0,11	0,00	0,00
Sensibilidade Interpessoal	1,12	1,07	2,07	0,63	1,75	0,27	4,50	0,00
Ansiedade	0,96	0,91	1,82	0,36	0,09	0,12	0,00	0,00
Fobia	0,13	0,19	0,23	0,22	0,02	0,06	165,0	0,00
Psicoticismo	0,45	0,50	0,85	0,40	0,04	0,08	42,00	0,00
Obsessões	0,84	0,84	1,64	0,34	0,04	0,07	0,00	0,00
Depressão	1,41	1,23	2,66	0,32	0,17	0,17	0,00	0,00
Hostilidade	0,63	0,61	1,10	0,50	0,15	0,16	28,00	0,00
Paranóide	0,37	0,38	0,57	0,42	0,17	0,20	185,50	0,00

Notas: M = Média, DP = Desvio Padrão; p = nível de significância, IGS = Índice Geral de Sintomas; BDI = *Beck Depression Inventory*; BSI = *Brief Symptom Inventory*.

Teste U de Mann-Whitney usado na comparação dos dois grupos.

<sup>1</sup> Soma de todos os itens da TEC.

<sup>2</sup> Soma das experiências pelas cinco áreas traumáticas.

Como podemos observar no Quadro 3, no total das experiências traumáticas os doentes do grupo com dor têm uma média significativamente superior. A pontuação média do *Total de Presenças* da TEC é de  $2,20 \pm 1,10$  para o grupo com dor, e é inferior aos valores do estudo português ( $IC\ 95\% = 7,80$  e  $8,62$ ;  $t = 41,05$ ;  $gl = 29$ ;  $p < 0,001$ ). A pontuação média da *Área de Presença Traumática Total* da TEC, não difere da média portuguesa ( $IC\ 95\% =$

0,21 e 0,61;  $t = 1,00$ ;  $gl = 29$ ;  $p < 0,326$ . As pontuações médias em todas as áreas traumáticas no grupo com dor são superiores, de forma significativa, ao grupo sem dor, excepto no assédio sexual.

Os doentes do grupo com dor têm valores elevados na depressão (BDI) e esses valores são superiores à média do estudo português com doentes deprimidos ( $IC\ 95\% = 2,48$  e  $4,82$ ;  $t = 6,40$ ;  $gl = 29$ ;  $p < 0,001$ ). A diferença das pontuações médias entre os dois grupos é altamente significativa.

No BSI, a média da *gravidade sintomatológica* no grupo com dor é de 1,67 ( $DP = 0,18$ ). Este grupo apresenta valores mais elevados nos sintomas de *Somatização* ( $M \pm DP = 3,11 \pm 0,48$ ) e de *depressão* ( $M \pm DP = 2,66 \pm 0,32$ ). O grupo de doentes com dor apresenta valores significativamente mais elevados em todos os sintomas psicopatológicos do que o grupo sem dor.

Do estudo das correlações de Spearman, entre a localização da dor e o local do traumatismo, verificamos que os resultados da associação são moderados<sup>7</sup> ( $\rho = 0,50$ ;  $p < 0,01$ ).

Averiguámos qualitativamente as relações entre o local da dor e o local do traumatismo e verificámos que quatro sujeitos, que não relatavam traumatismo físico no próprio corpo, mostram uma relação directa entre local da dor e local de um traumatismo físico sofrido por uma pessoa emocionalmente relevante.

É possível observar no Quadro 2 que existem 21 pessoas (70%) com dor associada a factores psicológicos e 9 pessoas (30%) com dor associada a factores psicológicos, com início em trauma físico. Verificámos, também, que as localizações de dor mais comuns encontradas no grupo são a região lombar (23%), abdómen (20%), perna (20%) e peito (17%). As localizações do traumatismo físico ocorrem com mais frequência na região lombar (17%), seguido de perna (13%), púbis (10%), abdómen (10%) e peito (10%). Encontrámos 7% em local aleatório<sup>8</sup> e 25% sem traumatismo físico.

<sup>7</sup> As correlações moderadas situam-se entre os valores 0,40 a 0,69 (Pestana & Gageiro, 2005).

<sup>8</sup> As duas pessoas que apresentam traumatismo físico em zonas aleatórias do corpo são vítimas de maus tratos físicos.

Quadro 2. *Características Clínicas do Grupo com Dor (n = 30)*

	<i>n</i>	%
Perturbação de Dor Associada		
A Factores Psicológicos	21	70,00
A Factores Psicológicos e a um Estado Físico Geral <sup>1</sup>	9	30,00
Localização da Dor		
Braço	2	6,70
Peito	5	16,70
Abdómen	6	20,00
Púbis	3	10,00
Perna	6	20,00
Cabeça	1	3,30
Região Lombar	7	23,30
Localização do traumatismo		
Braço	2	6,70
Peito	3	10,00
Abdómen	3	10,00
Púbis	3	10,00
Perna	4	13,30
Cabeça	1	3,30
Região Lombar	5	16,70
Local Aleatório	2	5,00
Sem Traumatismo	7	25,00

Notas: Os doentes inseridos na categoria de “Local Aleatório” correspondem a vítimas de maus-tratos físicos.

<sup>1</sup>Tanto os factores psicológicos como o estado físico geral desempenham um papel importante no início e na gravidade da dor. Os doentes do nosso estudo foram vítimas de traumatismo físico. Este traumatismo teve influência no início da dor e na sua gravidade, contudo, actualmente, os achados biológicos não conseguem explicar a gravidade da dor.

Comparámos os doentes com *dor associada a factores psicológicos* aos doentes com *dor associada a factores psicológicos e um estado físico geral* e verificámos que não existem diferenças a nível da intensidade da dor ( $U = 82,5$ ;  $p = 0,36$ ). Comparámos, ainda, a intensidade da dor pelo género e verificámos que a intensidade da dor nas mulheres é significativamente mais alta do que nos homens ( $U = 33,00$ ;  $p = 0,000$ ). O sexo prediz de forma significativa se a dor está associada a *factores psicológicos* ou *factores psicológicos e a um estado físico geral* ( $\beta = 2,02$ ;  $EP = 0,92$ ;  $\text{Wald } X^2 = 4,84$ ;  $gl = 1$ ;  $p < 0,05$ ;  $IC = 1,25$  a  $45,15$ ;  $OR = 7,50$ ).

Apresentamos no Quadro 4 as experiências traumáticas mais frequentes no grupo com dor ( $n = 30$ ) e do grupo sem dor ( $n = 30$ ).

Quadro 4 – *Frequências das Experiências Traumáticas ao Longo da Vida medidas pela Traumatic Experiences Checklist (TEC).*

		Grupo com Dor		Grupo sem Dor		$\chi^2$	$p$
		$n$	%	$n$	%		
Número de Experiências Traumáticas							
	0 - 1	7	23,30	30	100		
	2 - 3	19	63,30	0	0		
	4 - 5	4	13,40	0	0	3,73	0,00
Tipo de Experiências Traumáticas							
Trauma Emocional							
	0	5	16,70	28	93,30		
	≥ 1	25	83,30	2	6,70	3,60	0,00
Trauma Sexual							
	0	25	83,30	29	96,70		
	≥ 1	5	16,70	1	3,30	3,00	0,09
Trauma Corporal							
	0	11	36,70	28	93,30		
	≥ 1	19	63,30	2	6,70	2,10	0,00

Nota: O trauma emocional inclui a negligência emocional e o abuso emocional, o trauma sexual envolve o abuso e o assédio sexual;  $p$  = nível de significância;  $\chi^2$  = Qui-Quadrado utilizado na comparação das frequências das Experiências Traumáticas.

No Quadro 4, observamos que o grupo com dor apresenta, de forma significativa, mais experiências traumáticas. Na TEC, todos os doentes com dor registam estas situações traumáticas no nível de impacto máximo (= 5).

Do estudo das percentagens das experiências traumáticas apresentadas no Quadro 4, podemos acrescentar que os tipos de trauma mais frequentes no grupo com dor são a negligência e abuso emocional, onde 83,3% dos doentes apresenta uma ou mais experiências traumáticas, seguido do trauma corporal que abrange 63,3% dos doentes.

No trauma sexual os dados de qualquer um dos grupos teve percentagens baixas; grupo com dor (16,7%).



## DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

Tanto quanto sabemos, o presente estudo é o primeiro em Portugal a analisar as experiências traumáticas em doentes com diagnóstico de perturbação de dor somatoforme. Parece-nos também ser das poucas investigações a fazer a associação entre locais anatómicos de dor e experiências traumáticas.

Na nossa investigação, a *Área de Presença Traumática Total* registada pela TEC não difere da média do estudo português que inclui doentes com patologias alimentares, depressivas, vítimas de violência doméstica e sujeitos sem patologia. O nosso grupo com dor apresenta ainda uma média de experiências traumáticas significativamente superior em relação ao grupo de comparação. Apesar do número de experiências traumáticas vividas ao longo da vida não ser muito elevado, todos os doentes com dor registaram essas experiências no índice máximo de gravidade. As áreas traumáticas com média superior são a negligência e o abuso emocional, o trauma corporal, seguido do abuso sexual. Pribor e colaboradores (1993) encontraram história de abuso emocional, abuso físico e abuso sexual em mais de 90% das mulheres com perturbação de somatização e perturbação de dor. Noutros estudos (Brown et al., 2005; North, 2002; Salmon & Calderbank, 1996; Salmon et al., 2003; Stuart & Noyes, 1999; Waldinger, Schulz, Barsky, & Ahern, 2006) ficou provado que o abuso emocional, sexual e físico parecem constituir factores contributivos para a dor somatoforme. Os nossos resultados parecem, assim, ir de encontro a estas conclusões.

Em relação ao local da dor, algumas investigações revelam que a região lombar, membros inferiores e superiores e a cabeça são as regiões mais prevalentes na dor crónica (Kreling et al., 2006). Outros autores relatam que, entre as queixas somáticas, os sintomas dolorosos mais comuns são as dores na região lombar, no abdómen, no peito, na zona pélvica e na cabeça (Rief et al., 2001). De facto, na nossa investigação observamos que as localizações de dor mais frequentes são também a região lombar, o abdómen, a perna, e o peito, seguidas pela dor pélvica. As localizações do trauma físico mais frequentes são as costas, a perna, a púbis, o abdómen e o peito.

Quando relacionamos a localização da dor com a localização do traumatismo físico, obtemos uma correlação moderada. Encontramos na literatura estudos que confirmam a relação directa entre local da dor e local do trauma, em particular uma relação entre dor pélvica crónica e abuso sexual (Cunningham et al., 1988; Harrot-Griffiths et al, 1988; Kessler et al., 1995; Lechner et al, 1993; Nijenhuis, 1999; Toomey et al., 1995; Walker et al., 1992) e

entre abuso sexual e dor anal crónica (Hexel & Sonneck, 2002; Sack et al., 2007). Encontramos também estudos que relacionam determinados acontecimentos a certas localizações de dor: exposição a desastres, como terramoto ou furacão, parecem associar-se a sintomas de dor abdominal crónica (Escobar et al., 1995; Kinzl et al., 1995), dores lombares e acidentes de viação (Josef Jenewein et al., 2007). No nosso estudo observamos quatro sujeitos que não relatam traumatismo físico no próprio corpo, mas observaram a ocorrência de um acontecimento físico traumático numa pessoa emocionalmente significativa; esse trauma emocional é registado no índice de impacto máximo. Estes sujeitos relatam uma localização corporal da dor que se relaciona directamente com o local do traumatismo físico *observado*. Não encontramos nenhum estudo que confirme esta relação. A TEC parece constituir um meio privilegiado para perceber este tipo de associação conscientemente ignorado pela pessoa. Saber que existem estas associações entre dor e eventos traumáticos *pessoais e observados* pode representar um benefício com estes doentes na prática clínica. Estes resultados fazem-nos ainda questionar sobre a *escolha do local* da dor. Na somatização, parece-nos que determinadas *escolhas* implícitas constituem locais propícios de stresse e tensão corporal que mais tarde se podem converter no local de dor crónica. Entretanto, outras *escolhas* anatómicas na perturbação de dor não parecem ser explicáveis, nem pelo doente, nem pelo médico. Em alguns casos o trauma sofrido no próprio corpo poderá constituir um meio mais acessível para *justificar* a dor; noutros casos a *escolha anatómica* parece estar ligada a um acontecimento significativo vivido emocionalmente. Estes resultados deixam-nos a questão de que poderá ser relevante no futuro tentar perceber se as experiências traumáticas, e mesmo os acontecimentos de vida não percebidos como traumáticos, podem constituir um dos pontos explicativos na *escolha anatómica* da dor. A realização de mais estudos nesta área parece-nos ser pertinente.

Entre as variáveis demográficas, alguns estudos (Henningsen, Jakobsen, Schiltewolf, & Weiss, 2005; Noyes et al., 2006) sugerem que a dor crónica é mais prevalente no sexo feminino. Existem também estudos que mostram que os solteiros, viúvos ou divorciados apresentam maior sintomatologia somatoforme que os casados (Almeida et al., 2008; Maaranen et al., 2005; Spitzer et al., 2006). De facto, também a nossa amostra de doentes com dor apresenta uma percentagem mais elevada de mulheres (71,7%) e de sujeitos casados (65,0%). Outros estudos relatam que os índices de desemprego são também um possível preditor desta sintomatologia (Smith, Chambers, Hannaford, & Penny; 2001), na nossa amostra o grupo com dor apresenta igualmente índices de desemprego significativamente mais elevados que o grupo sem dor. Noutros estudos foram estudadas variáveis como os

comportamentos parentais de rejeição e hostilidade (Lackner, Gudleski, & Blanchard, 2004) e as experiências de modelação (pais com incapacidade física) (Stuart & Noyes, 1999) que também parecem estar relacionados com o *mecanismo somático* nestes doentes. A investigação das variáveis demográficas, e a inclusão de outras variáveis pertinentes, deve ser repetida em outros estudos com amostras maiores e demograficamente mais representativas.

Uma vez que na literatura são marcantes as diferenças entre homens e mulheres no diagnóstico desta perturbação, quisemos destacar o género. Da avaliação da intensidade da dor pelo sexo, verificamos que a diferença entre homens e mulheres é significativa. Na literatura encontramos estudos que apresentam resultados semelhantes (Nogueira et al., 2008). A investigação epidemiológica tem demonstrado que existem mais sintomas relacionados com a dor na população feminina que na população masculina (Smith, Hopton & Chambers, 1999), contudo é difícil determinar se esta diferença é originada por factores biológicos ou por factores psicológicos, dada a natureza multicausal da experiência de dor (Fillingim, 2000; Hoffman & Tarzian, 2001). Segundo Unruh (1996), os dados indicam que as mulheres reportam níveis mais graves de dor, dor mais frequente e de maior duração. Turk e Okifuji (1999) sugerem que as respostas comportamentais e psicossociais dos doentes relativamente à sua dor têm um papel importante que deve ser tido em conta. Os resultados da investigação de Unruh (1996) confirmam que as mulheres possuem um conjunto mais alargado de estratégias para lidar com a dor, entre as quais se inclui a procura de cuidados de saúde. Os homens, pelo contrário, parecem tender a ignorar a dor ou a atrasar a procura de cuidados. Por isso, as mulheres parecem mostrar maior prontidão na procura de cuidados, como forma de dar resposta eficaz às suas preocupações sobre a interferência da dor nas múltiplas actividades e responsabilidades quotidianas. Este facto poderá explicar a identificação mais frequentemente de casos de dor no sexo feminino nos cuidados de saúde (Andersen, Ejlertsson, Leden, & Rosenberg, 1993; Hoffman, & Tarzian, 2001; Weir, Browne, Tunks, Gafni, & Roberts, 1996). Outros autores referem, adicionalmente, que, quer no homem, quer na mulher, factores como a interferência nas actividades diárias ou os estados emocionais derivados ou não da dor interferem de forma significativa na intensidade dolorosa (Turk & Okifuji, 1999; Unruh, Ritchie & Merskey, 1999). Factores psicossociais, tais como o *coping* e o stresse afectivo, podem alterar a resposta à dor, contribuindo para a existência de diferenças no modo como as mulheres e os homens experienciam a dor (Fillingim, 2000) e atribuem diferentes significados às suas experiências de dor (Hoffman & Tarzian, 2001). A ansiedade, em particular, parece estar intimamente ligada à experiência sensorial, cognitiva e emocional da dor (Edwards, Augustson & Fillingim, 2000; Ribeiro,

1998). De facto, também o nosso estudo mostra que factores como a depressão e outros sintomas psicopatológicos apresentam valores significativamente elevados quando comparados com sujeitos sem dor. Esta ideia parece ir de encontro ao facto de que os processos psicológicos e comorbilidades psicopatológicas influenciam a percepção da dor (Ribeiro, 1998). Desta forma, o modo como estes processos são experienciados por homens e por mulheres pode também constituir uma explicação para justificar estes resultados. Embora a presença de quadros psicopatológicos específicos seja discutível, como também ficou claro na nossa investigação, índices de psicopatologia geral parecem de facto associar-se à condição de dor (Boissevain & McCain, 1991; Epstein et al., 1999). O nosso estudo revelou mais psicopatologia geral, em todas as dimensões patológicas consideradas, com destaque para as dimensões de *Somatização* e *Depressão*. Na depressão, o nosso grupo de doentes, além de apresentar valores significativamente superiores ao grupo sem dor, apresenta valores superiores à média portuguesa de uma amostra de doentes deprimidos. A nossa pesquisa consiste num estudo transversal, pelo que não sabemos se há uma relação de causalidade, ou seja, torna-se impossível determinar se a depressão é uma causa ou consequência da dor somatoforme. Alguns autores defendem que o estado depressivo pode já estar instalado antes da sintomatologia dolorosa, contudo, a ideia de que o quadro depressivo e o quadro de dor têm um mecanismo neurobiológico comum é também defendida na literatura (Malt, Berle, Olafsson, Lund, & Ursin, 2000). Como referem Soares, Figueiredo e Lemos (1999), a dor crónica conduz frequentemente a alterações significativas do estilo de vida, dos níveis de actividade e dos relacionamentos sociais. Por este motivo, alguns autores defendem que o quadro depressivo pode também desenvolver-se como resposta a um dia-a-dia vivido com dor (Houdenove & Egle, 2004). Resultados de diversas investigações apontam no sentido de que os doentes se deprimem mais quando a sua vivência da dor interfere com as actividades de rotina e com o desempenho dos diferentes papéis ao nível do relacionamento familiar e social (Weir, Browne, Tunks & Roberts, 1996). A prevalência da dor crónica aumenta também com a idade (Andersson, Ejlerthsson, Ledon & Rosenberg, 1993; Helme & Gibson, 2001; Loeser & Melzack, 1999; Smith, Hopton & Chambers, 1999), aumentando igualmente a probabilidade da relação entre a dor e depressão (Turk, Okifuji & Scharff, 1995), embora este nexo de causalidade não seja claro (Turk & Okifuji, 1997). Acrescente-se que vários estudos epidemiológicos concluem que variáveis como a idade, sexo, o nível socioeconómico, o nível educacional e a situação conjugal estão associadas a uma sintomatologia depressiva. Por este motivo, parece-nos importante repetir este resultado em amostras mais significativas e representativas dos vários aspectos sociodemográficos.

Comparamos ainda a intensidade da dor por diagnóstico e não encontramos diferenças pelo sexo. Por um lado outro lado, verificamos que o sexo feminino prediz o tipo de diagnóstico, ou seja, as mulheres parecem ter uma maior predisposição a integrar o diagnóstico de *dor somatoforme associado a factores psicológicos*; por outro lado, os homens parecem ter uma maior predisposição para integrar o diagnóstico de *dor somatoforme associado a factores psicológicos e um estado físico geral*. Embora não tenhamos encontrado na literatura resultados que nos dessem resposta a esta questão, Budó e equipa (2007) constatarem que existem diferenças nas reacções frente à dor entre homens e mulheres. Os resultados do estudo mostram que as mulheres percebem os homens como mais sensíveis. Já os homens, embora relatem serem as mulheres mais resistentes à dor, também entendem que ambos são resistentes e sensíveis; a diferença, para eles, está na demonstração mais exteriorizada pelas mulheres e esta exteriorização ser mais aceite socialmente. Este tipo de estudo, que coloca ênfase na percepção da exteriorização da dor pela própria pessoa, pode dar-nos uma hipótese explicativa para entender a predisposição superior dos homens para integrar o diagnóstico de *dor somatoforme associado a factores psicológicos e um estado físico geral*. Ware e Kleinman (1992) descreveram os sintomas somáticos como uma forma alternativa de comunicar o sofrimento em culturas onde as perturbações psiquiátricas acarretam um estigma grande. Os homens podem *converter* o seu sofrimento psicológico com maior *facilidade* quando têm por base um estado físico geral em que se possam basear para justificar a sua dor. Não está presente qualquer lesão orgânica e a dor sentida não é clinicamente relevante para explicar os sintomas dolorosos, contudo, ter por base uma justificação clínica parece-nos ser considerada uma *capa de protecção* psicológica contra factores sociais e culturais. Algumas investigações revelam que os doentes deprimidos ocidentais têm maior tendência para se queixar de problemas psicológicos, enquanto que os doentes deprimidos asiáticos de queixas somáticas (Nikelly, 1988; Parker, Gladstone, & Chee, 2001; Rao, Young, & Raguram, 2007; Ryder et al., 2008). Apesar dessa tendência, os dados de um grande estudo clínico realizado em quatorze países mostram que as queixas somáticas são comuns em doentes deprimidos dos cinco continentes (Simon, VonKorff, Piccinelli, Fullerton, & Ormel, 1999). Na nossa cultura consideramos que o sofrimento psicológico do homem não é tão aceite socialmente como o das mulheres o que pode constituir umas das explicações para os nossos resultados.

Os nossos resultados devem ser observados à luz de um conjunto de limitações. Uma delas é a dimensão da amostra. Tivemos dificuldades em encontrar doentes bem diagnosticados nos cuidados de saúde. Acreditamos que são necessários mais estudos sobre a

classificação das perturbações de somatização no sentido de simplificar o diagnóstico e facilitar o manejo dessa condição. Apesar desta dificuldade, a aplicação da M.I.N.I. Plus parece-nos ser um meio útil para confirmarmos o diagnóstico dos doentes do nosso estudo. O *Mapa Corporal da Dor* também constitui uma ajuda valiosa para entender a dor sentida pelo doente.

Outra restrição do nosso estudo, é a forma como os instrumentos foram administrados. Os questionários foram administrados pelo avaliador, pois muitos doentes tiveram dificuldades em preencher os questionários devido á idade avançada e problemas visuais. Com vista a uniformizar o critério, seguimos o mesmo procedimento para todos. Este método de administração dos questionários pode ter contribuído para enviesar as respostas. A desajabilidades social e a catastrofização, que parecem estar associados a esta patologia, podem contribuir para enviesar os resultados (Saxe et al., 1993). No entanto, Katerndahl e colaboradores (2005) consideram que a leitura de questionários em doentes deprimidos é vantajosa, devido à colaboração imediata dos doentes. Pareceu-nos que os doentes aderiram bem a este método.

A utilização do BDI original (versão portuguesa de 1973) é outra limitação. Comparada com versões posteriores, esta versão mostra alguns pontos fracos. É mais confusa de completar e não envolve todos os critérios da DSM-IV (Beck, Steer, Ball, & Ranieri, 1996).

Em síntese, o nosso estudo apesar de ser exploratório e de sofrer de várias restrições, confirma a relevância das experiências de trauma em doentes com dor e mostra a importância de conhecer as experiências traumáticas e o modo como estas actuam sobre o doente com dor somatoforme. Pensamos que no futuro se devem repetir estudos nesta área e em amostras mais representativas.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aaron, L. A., Burke, M. M., & Buchwald, D. (2000). Overlapping conditions among patients with chronic fatigue syndrome, fibromyalgia, and temporomandibular disorder. *Archives of Internal Medicine*, 160, 221-227.
- Aigner, M., & Bach, M. (1999). Clinical utility of DSM-IV pain disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 40, 353-357.
- Albuquerque, A., Soares, C., Jesus P. M., Alves, C. (2003). Perturbação Pós-Traumática do Stress: Avaliação da Taxa de Ocorrência na População Adulta Portuguesa. *Acta Médica Portuguesa*, 16, 309-320.
- American Psychological Association, (2002). *DSM-IV-TR: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (4ª Ed.). Lisboa: Climepsi.
- American Psychiatric Association. (1994). *The diagnostic and statistical manual of mental disorders* (DSM-IV) (4.ª Ed.). Washington DC: APA.
- American Psychiatric Association. (1987). *The diagnostic and statistical manual of mental disorders* (DSM-III-R), (3.ª Ed. revista). Washington, DC: APA.
- Amorim, P. (2000). Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22, 106-115.
- Anderson, H., Ejertsson, G., Leden, I., & Rosenberg, C. (1993). Chronic pain in a geographically defined general population: studies of differences in age, gender, social class, and pain localization. *The Clinical Journal of Pain*, 9, 174-182.
- Andrews, G., & Peters, L. (1997). The psychometric properties of the Composite International Diagnostic Interview. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33,80-88.
- Arnow, B. A., Hunkeler, E. M., Blasey, C. M., Lee, A., Constantino, M. J., & Fireman, B. (2006). Comorbid depression, chronic pain, and disability in primary care. *Psychosomatic Medicine*, 68, 262-268.
- Bacon, N. M. K., Bacon, S. F., J. Atkinson, H., Slater, M. A., Patterson, T., & Grant, I. (1994). Somatization symptoms in chronic low back pain patients. *Psychosomatic Medicine*, 56, 118-127.
- Bair, M. J., Robinson, R. L., Katon, W., & Kroenke, K. (2003). Depression and comorbidity: A literature review. *Archives of Internal Medicine*, 163, 2433-2445.

- Bankier, B., Aigner, M., Krones, S., & Bach, M. (2000). Screening for DSM-IV somatoform disorders in chronic pain patients. *Psychopathology*, 33, 115-118.
- Beck, A. T., Steer, R. A., Ball, R., & Ranieri, W. F. (1996). Comparison of Beck Depression Inventories-IA and-II in Psychiatric Outpatients. *Journal of Personality Assessment*, 67, 588 - 597.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression [Resumo]. *Archives for General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Birket-Smith, M., & Mortensen, E. L. (2002). Pain in somatoform disorders: is somatoform pain disorder a valid diagnosis? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106, 103-108.
- Bogetto, F., Maina, G., Ferro, G., Carbone, M., & Gandolfo, S. (1998). Psychiatric comorbidity in patients with burning mouth syndrome. *Psychosomatic Medicine*, 60, 378-385.
- Boissevian, M. D., & McCain, G. (1991). Toward an integrated understanding of fibromyalgia syndrome. II. Psychological and phenomenological aspects. *Pain*, 45, 239-248.
- Bombana, J., Leite, A., & Miranda, C. (2002). Como atender aos que somatizam? Descrição de um programa e relatos concisos de casos. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22, 180-184.
- Briquet, P. (1859). *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie*. Paris: J.-B. Baillière et Fils.
- Budó, M. L., Nicolini, D., Resta, D. G., Büttenbender, E., Pippi, M. C., Ressel, L. B. (2007). A Cultura permeando os sentimentos e as reacções frente à dor. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 41 (1), 36-43.
- Canavarro, M. C. (1999). Inventário de sintomas psicopatológicos - BSI. In M. R. Simões, M. Gonçalves, L. S. Almeida (Eds). *Testes e Provas Psicológicas em Portugal*, II, 87-109. Braga: SHO-APPORT.
- Canavarro, M. C. (2007). Inventário de Sintomas Psicopatológicos: Uma Revisão crítica dos estudos realizados em Portugal. In L. Almeida, M. Simões, C. Machado e M. Gonçalves (Eds.). *Avaliação psicológica. Instrumentos validados para a população Portuguesa*, II, 305- 331. Coimbra: Quarteto Editora.
- Chertoff J. (1998). Psychodynamic assessment and treatment of traumatized patients. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 7, 35-46.
- Classen, C., Koopman, C., & Spiegel, D. (1993). Trauma and dissociation. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 57, 178-194.



- Crimlisk, H. L., Bhatia, K., Cope, H., David, A., Marsden, C. D., & Ron M. A. (1998). Slater revisited: 6 year follow up study of patients with medically unexplained motor symptoms. *British Medical Journal*, 316, 582-586.
- Cunningham, R. M., Pearce, T., & Pearce, P. (1988). Childhood sexual abuse and medical complaints in adult women. *Journal of Interpersonal Violence*, 3, 131-144.
- De Waal, M. W. M., Arnold, I. A., Eekhof, J. A. H., & van Hemert, A. M. (2004). Somatoform disorders in general practice, prevalence, functional impairment and comorbidity with anxiety and depressive disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 184, 470-476.
- Dersh, J., Polatin, P. B., & Gatchel, R. J. (2002). Chronic pain and *Psychopathology*: Research findings and theoretical considerations. *Psychosomatic Medicine*, 64, 773-786.
- Dom, G., De Wilde, B., Hulstijn, W., & Sabbe, B. (2007). Traumatic experiences and posttraumatic stress disorders: differences between treatment-seeking early- and late-onset alcoholic patients. *Comprehensive Psychiatry*, 48, 178-185.
- Drossman, D. A., Leserman, J., Nachman, G., Gluck, H., Toomey, T. C., & Mitchell, C. M. (1990). Sexual and physical abuse in women with functional or organic gastrointestinal disorders. *Annals International Medicine*, 113, 828-33.
- Edwards, R., Auguston, E., & Fillingim, R. (2000). Sexspecific effects of pain-related anxiety on adjustment to chronic pain. *Pain*, 16, 46-53.
- Ehlert, U., Heim, C., & Hellhammer, D. H. (1999). Chronic pelvic pain as a somatoform disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 68, 87-94.
- Eisen, S. A., Goldberg, J., True, W. R & Henderson (1991). A co-twin control study of the effects of the Vietnam War on the self-reported physical health of veterans. *American Journal of Epidemiology*, 134, 49-58.
- Engel (2004). Somatization and multiple idiopathic physical symptoms: Relationship to traumatic events and posttraumatic stress disorder. En P.S. Schnurr, & B.L Green (Eds.). *Trauma and Health: Physical health consequences of exposure to extreme stress*, 191-215. American Psychological Association: Washington.
- Engel, C. C., Walker, E. A., & Katon, W. J. (1996). Factors related to dissociation among patients with gastrointestinal complaints, *Journal of Psychosomatic Research*, 40, 643-653.
- Epstein, S. (1999). Psychiatric Disorders in Patients With Fibromyalgia. *Psychosomatics*, 40 (1), 57-63.

- Escobar, J. I., (1995). Transcultural aspects of dissociative and somatoform disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 18 (3), 555-69. Review.
- Espírito-Santo, H., Rocha, P., Gonçalves, L., Cassimo, S., Xavier, M., Borges, J., Martins, L., & Chambel, A. (2009). Development of the Portuguese Traumatic Experiences Checklist: a replication study. Manuscrito submetido a publicação.
- Faravelli, C., Salvatori, S., Galassi, F., Aiazzi, L., Drei, C., & Cabras, P. (1997). Epidemiology of somatoform disorders: a community survey in Florence. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 32, 24-29.
- Faucett, J. (1994). Depression in painful chronic disorders: The role of pain and conflict about pain. *Journal of Pain Symptom Management*, 9, 520-526.
- Fillingim, R. B. (2000). Sex-related differences in the experience of pain. *American Pain Society Bulletin*, 10 (1).
- First, M. B., Gibbon, M., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., & Benjamin, L. S. (1997). *Structured clinical interview for DSM-IV-TR axis II personality disorders (SCID-II)*. Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing.
- Fink, P., Rosendal, M., & Olesen, F. (2005). Classification of somatization and functional somatic symptoms in primary care. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39, 772.
- Fishbain, D., Cutler, R., Rosomoff, H., & Rosomoff, R. (1997). Chronic pain-associated depression: Antecedent or consequence of chronic pain? *A Review Clinical Journal of Pain*, 13(2), 116-137.
- Geisser, M. E., Strader Donnell, C., Petzke, F., Gracely, R. H., Clauw, D. J., & Williams, D. A. (2008). Comorbid somatic symptoms and functional status in patients with fibromyalgia and chronic fatigue syndrome: sensory amplification as a common mechanism. *Clinical Experimental Rheumatology*, 49, 235-242.
- Golding, J. M., Stein, J. A., Siegal, J. M., Burnam, M.A., Sorenson, S. B. (1988). Sexual assault and the use of health and mental health services. *American Journal of Community Psychology*, 16, 625-644.
- Gordon, N., Kraiuhin, C., Kelly, P., & Meares, R. (1984). The development of hysteria as a psychiatric concept. *Comprehensive Psychiatry*, 25, 532-537.
- Grabe, H. J., Meyer, C., Hapke, U., Rumpf, H.-J., Freyberger, H.-J., Dilling, H. et al. (2003). Somatoform pain disorder in the general population. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 72, 88-94.

- Gündel, H., Valet, M., Sorg, C., Huber, D., Zimmer, C., Sprenger, T. et al. (2008). Altered cerebral response to noxious heat stimulation in patients with somatoform pain disorder. *Pain*, 2, 413-421.
- Guze, S. B., Woodruff, R. A., & Clayton, P. J. (1971). Hysteria and antisocial behavior: further evidence of no association. *American Journal of Psychiatry*, 127, 957-960.
- Guze, S. B., Woodruff, R. A., & Clayton, P. J. (1972). Sex, age, and the diagnosis of hysteria (Briquet's Syndrome). *American Journal of Psychiatry*, 129, 745-748.
- Harrot-Griffiths, J., Katon, W., Walker, E., Holm, L., Russo, J. Hickok, L. (1988). An association between chronic pelvic pain, psychiatric diagnoses, and childhood sexual abuse. *Obstetric Gynecology*, 71, 589-594.
- Haug, T. T., Mykletun, A., & Dahl, A. A. (2004). The association between anxiety, depression, and somatic symptoms in a large population: The HUNT-II study. *Psychosomatic Medicine*, 66, 845-851.
- Heim, C., Ehler, U., Hanker, J. P., & Hellhammer, D. H. (1998). Abuse-related posttraumatic stress disorder and alterations of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis in women with chronic pelvic pain. *Psychosomatic Medicine*, 60, 309-318.
- Heinrich, T. W. (2004). Medically unexplained symptoms and the concept of somatization. *Wisconsin Medical Journal*, 103, 83-88.
- Helme, R. D., & Gibson, S. J. (2001). The epidemiology of pain in elderly people. *Clin Geriatr Med*, 17 (3), 417-431.
- Henningsen, P., Jakobsen, T., Schiltenswolf, M., & Weiss, M. G. (2005). Somatization revisited, diagnosis and perceived causes of common mental disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 193, 85-92.
- Herman, J. (1997). *Trauma and recovery*. New York: Basic Books.
- Hexel, M., & Sonneck, G. (2002). Somatoform symptoms, anxiety, and depression in the context of traumatic life experiences by comparing participants with and without psychiatric diagnoses. *Psychopathology*, 35.
- Hiller, W., Rief, W., & Fichter, M. M. (1995). Further evidence for a broader concept of somatization disorder using the somatic symptom index. *Psychosomatics*, 36, 285-294.
- Hoffman, D. E., & Tarzian, A. J. (2001). The girl who cried pain: a bias against women in the treatment of pain. *Journal of Law, Medicine & Ethics*, 29, 13-27.
- Jenewein, J., Moergeli, H., Wittmann, L., Büchi, S., Kraemer, B., Schnyder, U. (2009). Development of Chronic Pain Following Severe Accidental Injury Results of a 3-years Follow-up Study. *Journal of Psychosomatic Research*, 66, 119-126.

- Katerndahl, D., Burge, S., & Kellogg, N. (2005). Predictors of Development of Adult Psychopathology in Female Victims of Childhood Sexual Abuse. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 193, 258-264.
- Kappis, B., Hardt, J., Nickel, R., Petrak, F., & Egle, U. (2004). Psychiatric disorders in patients with somatoform pain. *Journal of Psychosomatic Research*, 56, 644.
- Kellner, R. (1990). Somatization: Theories and research. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 178, 150-160.
- Kendall-Tackett, K. A. (2003). *Treating the lifetime health effects of childhood victimization: A guide for mental health, medical and social service professionals*. Kingston: Civic Research Institute.
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in a National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048-1060).
- King, S. A., & Strain, J. J. (1992). *Revising the category of somatoform pain disorder*. *Hospital & Community Psychiatry*, 43, 217-219.
- Kinzl, J. F., Traweger C., Biebl, W. (1995). Family background and sexual abuse associated with somatization. *Psychother Psychosom.* 64, 82-87.
- Kroenke, K., Sharpe, M., & Sykes, R. (2007). Revising the classification of somatoform disorders: key questions and preliminary recommendations. *Psychosomatics*, 48, 277-285.
- Kroenke, K., & Laine, C. (Eds.) (2001). Investigating symptoms: Frontiers in primary care. *Supplement to Annals of Internal Medicine*, 134, 2.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., deGruy, F. V. 3º, Hahn, S. R., Linzer, M., Williams, J. B., et al. (1997). Multisomatoform disorder: an alternative to undifferentiated somatoform disorder for the somatizing patient in primary care. *Archives of General Psychiatry*, 54, 352-358.
- Kroenke, K., & Spitzer, R. L. (1997). Gender differences in the reporting of physical and somatoform symptoms. *Archives of General Psychiatry*, 54, 352-358.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., deGruy, F. V., III, Swindle, R. (1998). A symptom checklist to screen for somatoform disorders in primary care. *Psychosomatics*, 39, 263-272.
- Kroenke, K., & Mangelsdorff, D. (1989). Common symptoms in ambulatory care: Incidence, evaluation, therapy, and outcome. *American Journal of Medicine*, 86, 262-266.
- Lackner, J. M., & Gurtman, M. B. (2004). Pain catastrophizing and interpersonal problems: a circumplex analysis of the communal coping model. *Pain*, 110, 597-604.

- Lechner, M. E., Vogel, M. E., Garcia Shelton, L. M., Leichter, J. L., Steibel, K. R. (1993). Self-reported mental problems of adult female survivors of childhood sexual abuse. *Journal of Family Practice*, 36, 633-638.
- Leibbrand, R., Hiller, W., & Fichter, M. M. (1999). Effect of comorbid anxiety, depressive, and personality disorders on treatment outcome of somatoform disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 40, 203-209.
- Leserman, J., Drossman, D. A., Toomey, T. C., Nachman, G., Glogau, L. (1996). Sexual and physical abuse history in gastroenterology practice: how type of abuse impacts health status. *Psychosomatic Medicine*, 58, 4-15.
- Lipowski, Z. J. (1988). Somatization: the concept and its clinical application. *American Journal of Psychiatry*, 145, 1358-1368.
- Loeser, J. D., & Melzack, R. (1999). Pain: an overview. *Lancet*, 353 (9164), 1607-1609.
- Maaranen, P., Tanskanen, A., Honkalampi, K., Haatainen, K., Hintikka, J., & Viinamäki, H. (2005). Factors associated with pathological dissociation in the general population. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39, 387-394.
- Machado, J. P. (1990). *Dicionário etimológico da língua portuguesa* (6.<sup>a</sup> ed., Vol. 3). Lisboa: Livros Horizonte.
- Magni, G., Moreschi, C., Rigatti-Luchini, S., & Merskey, H. (1994). Prospective study on the relationship between depressive symptoms and chronic musculoskeletal pain. *Pain*, 56 (3), 289-297.
- Malt, E., Berle, J., Olafsson, S., Lund, A., & Ursin, H. (2000). Fibromyalgia is associated with panic disorder and functional dyspepsia with mood disorders. A study of women with random sample population controls. *Journal of Psychosomatic Research*, 49 (5), 285-289.
- Margolis, R. B., Tait, R. C., & Krause, S. J. (1986). A Rating System for Use with Patient Pain Drawings, *Pain*, 24, 57-65.
- Margolis, R. B., Chibnall, J. T., & Tait, R. C. (1987). Test-retest Reliability of the Pain Drawing Instrument, *Pain*, 33, 49-51.
- Maroco, J. (2003). *Análise Estatística. Com utilização do SPSS* (2<sup>a</sup> Ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Marin, C., & Carron, R. (2002). Historical development of the concept of somatisation. *L'Évolution Psychiatrique*, 67, 506-515.
- Martin, R. D. (1999). The somatoform conundrum: a question of nosological values. *General Hospital Psychiatry*, 21, 177-186.
- Martinez, L., & Ferreira, A. (2007). *Análise de dados com SPSS*. Lisboa: Escolar Editora.

- Matheis, A., Martens, U., Kruse, J., & Enck, P. (2007). Irritable bowel syndrome and chronic pelvic pain: A singular or two different clinical syndrome? *World Journal of Gastroenterology*, 13, 3446-3455.
- Mayou, R. Kirmayer, L. J., Simon, G., Kroenke, K., & Sharpe, M. (2005). Somatoform disorders: time for a new approach in DSM-V. *American Journal of Psychiatry*, 162, 847-855.
- Mayou, R. A. (1991). Medically unexplained physical symptoms. *British Medical Journal*, 303, 534-535.
- McWilliams, L., Cox, B., & Enns, M. (2003). Mood and anxiety disorders associated with chronic pain: An examination in a nationally representative sample. *Pain*, 106 (1-2), 127-133.
- Mergl, R., Seidscheck, I., Allgaier, A. K., Möller, H. J., Hegerl, U., & Henkel, V. (2007). Depressive, anxiety, and somatoform disorders in primary care: prevalence and recognition. *Depression and Anxiety*, 24, 185-195.
- Michelidakis, K. S., Istikoglou, C. T., Mikirditsian, O. K., & Vlisides, D. N. (2008). Depression and somatoform pain syndromes. *European Psychiatry*, 23, S259.
- Näring, G. W., Van Lankveld, W., & Geenen, R. (2007). Somatoform dissociation and traumatic experiences in patients with rheumatoid arthritis and fibromyalgia [Resumo]. *Clinical and Experimental Rheumatology*, 25, 872-877.
- Nijenhuis, E. R. S., Spinhoven, P., van Dyck, R., van der Hart, O., & Vanderlinden, J. (1998). Degree of somatoform and psychological dissociation in dissociative disorder is correlated with reported trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 11, 711-730.
- Nijenhuis, E. R. S., Van Dyck, R., Spinhoven, P., Van der Hart, O., Chatrou, M., Vanderlinden, J., et al. (1999). Somatoform dissociation discriminates among diagnostic categories over and above general Psychopathology. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 33, 511-520.
- Nijenhuis, E., Van der Hart, O., & Kruger, K. (2002). The psychometric characteristics of the traumatic experiences checklist (TEC): first findings among psychiatric outpatients. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 9, 200-210.
- Nikelly, A. G. (1988). Does DSM-III-R diagnose depression in non-Western patients? *The International Journal of Social Psychiatry*, 34, 316-320.
- Nilsson, D. & Svedin, C. G. (2006). Dissociation among Swedish adolescents and the connection to trauma. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 194 (9), 684-689.

- Nogueira, M., Portonoi, A. G., Okada, M., Teixeira, M. J., Casetto, S. J. (2008). As diferenças entre homens e mulheres no enfrentamento da dor crónica. *Dor*, 9 (2) 1242-1252.
- Nordin, H., Eisemann, M., & Richter, J. (2006). The accuracy of the DSM-IV pain disorder and the ICD-10 persistent somatoform pain disorder in chronic pain patients. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 13, 307-314.
- Okasha, A. (2003). Somatoform disorders revisited. *Acta Neuropsychiatrica*, 15, 161-166.
- Pais Ribeiro, J. (2007). *Avaliação em psicologia da saúde: Instrumentos publicados em português*. Coimbra: Quarteto Editores.
- Pais Ribeiro, J. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Pallant, J. F. (2007). *SPSS Survival Manual: A step-by-step guide to data analyses using SPSS version 15* (3ª Ed.). Nova Iorque: McGraw Hill.
- Parker, G., Gladstone, G., & Chee, K. T. (2001). Depression in the planet's largest ethnic group: the Chinese. *American Journal of Psychiatry*, 158, 857-864.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2005). *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS* (4ª Ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Petrak, F., Hardt, J., Kappis, B., Nickel, R., & Egle, U. T. (2003). Determinants of health-related quality of life in patients with persistent somatoform pain disorder. *European Journal of Pain*, 7, 463-471.
- Pribor, E. F., Yutzy, S. H., Dean, J. T., & Wetzel, R. D. (1993). Briquet's syndrome, Dissociation, and abuse. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1507-1511.
- Rao, D., Young, M., & Raguram, R. (2007). Culture, somatization, and psychological distress: symptom presentation in South Indian patients from a public psychiatric hospital. *Psychopathology*, 40, 349-355.
- Reiter, R. C., & Gambone, J. C. (1990). Demographic and historical variables in women with idiopathic chronic pelvic pain. *Obstetric Gynaecology*, 75, 428-432.
- Ribeiro, J. (1998). *Psicologia e saúde*. Lisboa: ISPA.
- Rief, W., & Sharpe, M. (2004). Somatoform disorders, new approaches to classification, conceptualization, and treatment. *Journal of Psychosomatic Research*, 56, 387-390.
- Rogers, K., et al. (1996). *Traumatic Events Screening Inventory*. Hanover, NH: Dartmouth Hitchcock Medical Center.
- Ross, C. A. (2005). Childhood sexual abuse and psychosomatic symptoms in irritable bowel syndrome. *Journal of Child Sexual Abuse*, 14, 27-38.

- Ryder, A. G., Yang, J., Zhu, X., Yao, S., Yi, J., Heine, S. J., & Bagby, R. M. (2008). The cultural shaping of depression: somatic symptoms in China, psychological symptoms in North America? *Journal of Abnormal Psychology, 117*, 300-313.
- Sack, M., Lahmann, C., Jaeger, B., Henningsen, P. (2007). Trauma Prevalence and Somatoform Symptoms Are There Specific Somatoform Symptoms Related to Traumatic Experiences? *Journal of Nervouse and Mental Disease, 195*, 928-933.
- Saletu, B., Prause, W., Anderer, P., Mandl, M., Aigner, M., Mikova, O. et al. (2005). Insomnia in somatoform pain disorder: Sleep laboratory studies on differences to controls and acute effects of trazodone, evaluated by the Somnolyzer and the Siesta Database. *Neuropsychobiology, 51*, 148-163.
- Salmon, P., Skaife, K., & Rhodes, J. (2003). Abuse, *Dissociation*, and somatization in irritable bowel syndrome: towards an explanatory model. *Journal of Behavioral Medicine, 26*, 1-18.
- Saxe, G. N., Chinman, G., Berkowitz, R., Hall, K., Lieberg, G., & Schwartz, J., et al. (1994). Somatization in Patients With Dissociative Disorders. *American Journal of Psychiatry, 151*, 1329-1334.
- Schur, E. A., Afari, N., Furberg, H., Olarte, M., Goldberg, J., Sullivan, P. F., et al. (2007). Feeling bad in more ways than one: comorbidity patterns of medically unexplained and psychiatric conditions. *Journal of General Internal Medicine, 22*, 818-821.
- Sharpe, M., & Mayou, R. (2004). Somatoform disorders: a help or hindrance to good patient care? *The British Journal of Psychiatry, 184*, 465-467.
- Shorter, E. (2005). *A Historical dictionary of psychiatry*. Oxford: Oxford University Press.
- Sheehan, D., Janavs, J., Baker, R., Harnett-Sheehan, K., Knapp, E., Sheehan, M. (2006). *Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I. PLUS)*. University of South Florida – Tampa, USA.
- Simon, G. E., VonKorff, M., Piccinelli, M., Fullerton, C., & Ormel, J. (1999). An international study of the relation between somatic symptoms and depression. *The New England Journal of Medicine, 341*, 1329-1335.
- Spitzer, C., Barnow, S., Grabe, H-J., Klauer, T., Stieglitz, R-D., Schneider, W., et al. (2006). Frequency, Clinical and Demographic Correlates of Pathological Dissociation in Europe. *Journal of Trauma & Dissociation, 7*, 51-62.
- Sullivan, M. J., Thorn, B., Haythornthwaite, J. A., Keefe, F., Martin, M., Bradley, L. A., et al. (2001). Theoretical perspectives on the relation between catastrophizing and pain. *Clinical*



- Journal of Pain*, 17, 52-64. Smith, B. H., Hopton, J. L., & Chambers, W. A. (1999). Chronic pain in primary care. *Family Practice*, 16 (5), 475-482.
- Smith, B. H., Hopton, J. L., & Chambers, W. A. (1999). Chronic pain in primary care. *Family Practice*, 16 (5), 475-482.
- Smith, B. H., Penny, K. I., Elliot, A. M., Chambers, W. A., & Smith, W. C. (2001). The Level of Expressed Need – a measure of help-seeking behavior for chronic pain in the community. *European Journal of Pain*, 5 (3), 257-266.
- Soares, V., Figueiredo, M., & Lemos, L. (1999). «...Um dia igual aos outros, da eterna família de serem assim». Contributos para a conceptualização e intervenção multidisciplinar na dor. *Psiquiatria Clínica*, 20 (1), 167-177.
- Stoeter, P., Bauermann, Th., Nickel, R., Corluka, L., Gawehn, J., Vucurevic, G., et al. (2007). Cerebral activation in patients with somatoform pain disorder exposed to pain and stress: An fMRI study. *NeuroImage*, 2, 418-430.
- Stone, J., Wojcik, W., Durrance, D., Carson, A., Lewis, S., MacKenzie, L., et al. (2002). What should we say to patients with symptoms unexplained by disease? The "number needed to offend". *BMJ*, 325, 1449-1450.
- Stuart, S., & Noyes, R. (1999). Attachment and interpersonal communication in somatization. *Psychosomatics*, 40, 34-43.
- Talley, N. J., Fett, S. L., Zinsmeister, A. R., Melton, L. J. (1994). Gastrointestinal tract symptoms and self-reported abuse: a population-based study. *Gastroenterology*, 1040-1049.
- Toomey, T. C., Seville, J. L., Mann, J. D., Abashian, S. W., Grant, J. R., (1995). Relationship of sexual and physical abuse to pain description, coping, psychological distress, and health-care utilization in a chronic pain sample. *Clinical Journal of Pain*, 11, 307-315.
- Turk, D. C., Okifugi, A., & Scharff, L. (1995). Chronic pain and depression: role of perceived impact and perceived control in different age cohorts. *Pain*, 61, 93-101.
- Turk, D. C., & Okifugi, A. (1999). Does sex make a difference to chronic pain by cancer and non-cancer patients?. *Pain*, 82, 139-148.
- Unruh, A., Ritchie, J., & Merskey, H. (1999). Does gender affect appraisal of pain and pain coping strategies? *The Clinical Journal of Pain*, 15, 31-40.
- Unruh, A. M. (1996). Gender variations in clinical pain experience. *Pain*, 65, 123-167.
- Van Der Kolk, B. A., Pelcovitz, D., Roth, S., Mandel, F. S., McFarlane, A., & Herman, J. L. (1996). Dissociation, somatization, and affect dysregulation: the complexity of adaptation of trauma. *American Journal of Psychiatry*, 153 (Suppl), 83-93.

- Van Houdenhove, B., & Egle, U. (2004). Fibromyalgia: A stress disorder? Piecing the biopsychosocial puzzle together. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 73 (5), 267-275.
- Vaz Serra, A., & Pio da Costa Abreu, J. (1973). Aferição dos quadros clínicos depressivos: I.- Ensaio de aplicação do "Inventario Depressivo de Beck" a uma amostra portuguesa de doentes deprimidos. *Separata de Coimbra Médica*, XX, 623-644.
- Walker, E. A., Katon, W. J., Roy-Byrne, P. P., Jemelka, R. P., & Russo, J. (1993). Histories of sexual victimization in patients with irritable bowel syndrome or inflammatory bowel disease. *American Journal of Psychiatry*, 150 (10), 1502-1506.
- Walker, N. G., Katon, W. J., Neraas, K., Jemelka, R. P., & Massoth, D. (1992). Dissociation in women with chronic pelvic pain. *American Journal of Psychiatry*, 149, 534-537.
- Ware, N. C., & Kleinman, A. (1992). Culture and somatic experience: the social course of illness in neurasthenia and chronic fatigue syndrome. *Psychosomatic Medicine*, 54, 546-560.
- Weir, R., Browne, G., Tunks, E., Gafni, A., & Roberts, J. (1996). Gender differences in psychosocial adjustment to chronic pain and expenditures for health care services used. *Pain*, 12, 277-290.
- Wessely, S., Nimnuan, C., & Sharpe, M. (1999). Functional somatic syndromes: one or many? *The Lancet*, 354, 936-939.
- World Health Organization. (1994). *The ICD-10, The internacional classification of mental and behavioural disorders*. Genebra: WHO.
- World Medical Association (2004). *World Medical Association Declaration of Helsinki. Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. Acedido em Novembro, 20 de 2008 de <http://www.wma.net/e/policy/b3.htm>.
- Yücel, B., Ozyalcin, S., Sertel, H. O., Camlica, H., Ketenci, A., & Talu, G. K. (2002). Childhood traumatic events and dissociative experiences in patients with chronic headache and low back pain. *The Clinical Journal of Pain*, 18, 394-401.

# Anexos

---

# ANEXO 1

## M.I.N.I. Plus

MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW

Versão 5.0.0

Sheehan, J., Janavs, R., Baker, K., Harnett-Sheehan, E., Knapp, M., Sheehan University of South Florida – Tampa – USA

Y. Lecrubier, E. Weiller, T. Hergueta, P. Amorim, L.I. Bonora, J.P. Lépine,

Hospital de la Salpêtrière – Paris – França

Ferrando, L., Franco-A, L., Soto, M., Bobes, J., Soto, O., Franco, L., Gibert J., Instituto IAP – Madrid – Espanha

*Tradução para o português (Portugal)*

### Perturbação de Dor Somatoforme

(→ Indica: seguir outro diagnóstico)

- |   |              |                |
|---|--------------|----------------|
| 1. Presentemente, a dor é o seu principal problema?   | <b>Não</b>   | Sim            |
|   | →            |                |
| 2. Presentemente, a dor é forte o suficiente para justificar a atenção médica?  | <b>Não</b>   | Sim            |
|   | →            |                |
| 3. No seu dia-a-dia a dor que sente causa-lhe um desconforto significativo de forma a interferir com o seu funcionamento laboral ou as suas relações sociais?   | <b>Não</b>   | Sim            |
|   | →            |                |
| 4. Atribui um papel importante aos factores psicológicos ou ao stress no aparecimento da dor ou na sua manutenção e evolução?                                   | <b>Não</b>   | Sim            |
|   | →            |                |
| 5. A dor é fingida ou auto-induzida?  | Não          | <b>Sim</b>     |
|   |              | →              |
| 6. A presença de problemas de saúde teve um papel importante no aparecimento da dor ou algum problema de saúde contribui para manter ou piorar a dor que sente? | Não          | Sim            |
|   |              |                |
| 7. A dor está presente há mais de 6 meses?  | Não          | Sim            |
|   | ↓            | ↓              |
|   | <i>Aguda</i> | <i>Crónica</i> |
| 8. Marcou não na pergunta 6?  | Não          | <b>Sim</b>     |

*Perturbação de Dor associada a factores psicológicos*  
**ACTUALMENTE**

9. Marcou sim na pergunta 6?

Não

Sim

*Perturbação de Dor*  
associada a factores  
psicológicos e a um  
estado físico geral  
ACTUALMENTE

**SE MARCOU SIM NA PERGUNTA 8 OU 9.**

**7 = NÃO,** ADICIONAR: AGUDA AO TÍTULO DO DIAGNÓSTICO.

**7 = SIM,** ADICIONAR: CRÓNICA AO TÍTULO DO DIAGNÓSTICO.

## ANEXO 2

Questionário nº: \_\_\_\_\_

### Traumatic Experiences Checklist – TEC

(Nijenhuis, Van der Hart, & Vanderlinden, 1999;

Versão Portuguesa: Espírito-Santo, H., Rocha, P., Gonçalves, L., Cassimo, S., Xavier, M.,  
Borges, J., Martins, L., & Chambel, A. 2008)

No decurso das suas vidas, as pessoas podem experienciar uma variedade de situações traumáticas. Gostaríamos de saber três coisas: 1) se vivenciou alguma das 29 situações que são aqui apresentadas; 2) se sim, que idade tinha quando a situação aconteceu; e, 3) qual foi o impacto elas tiveram para si.

- A) Na primeira coluna (por exemplo, isto aconteceu-lhe?), indique se teve alguma das 29 situações, assinalando SIM ou NÃO;
- B) Para cada opção onde assinalou SIM indique, numa segunda coluna, a idade em que essa situação ocorreu;  
Se aconteceu mais do que uma vez, indique TODAS as idades que tinha quando a situação ocorreu.  
Se aconteceu durante alguns anos, indique o intervalo de idade correspondente (por exemplo 7-12 anos).
- C) Na coluna final (por exemplo, que impacto teve a situação para si?), indique o IMPACTO que a situação teve para si numa escala de 1 a 5, sendo que:
- 1 = Nenhum
  - 2 = Pouco
  - 3 = Suficiente
  - 4 = Muito
  - 5 = MUITÍSSIMO

#### Exemplo:

	Isto aconteceu-lhe?		Idade	Que impacto teve para si?				
Foi atormentado(a)?	NÃO	SIM	_____	1	2	3	4	5

Obrigada pela sua colaboração

**1. Teve que cuidar dos seus pais e/ou irmãos e irmãs quando era criança?**

Isto aconteceu-lhe?		Que idade tinha?	Que impacto teve para si? 1=Nenhum; 2=Pouco; 3=Suficiente; 4=Muito; 5=Muitíssimo				
NÃO	SIM	_____	1	2	3	4	5

**2. Tem problemas familiares (por exemplo, pai/mãe com problemas alcoólicos ou psiquiátricos ou vive em condições de pobreza?)**

Isto aconteceu-lhe?		Que idade tinha?	Que impacto teve para si? 1=Nenhum; 2=Pouco; 3=Suficiente; 4=Muito; 5=Muitíssimo				
NÃO	SIM	_____	1	2	3	4	5

**3. Perdeu um membro da sua família (irmão, irmã, pai/mãe) em CRIANÇA?**

Isto aconteceu-lhe?		Que idade tinha?	Que impacto teve para si? 1=Nenhum; 2=Pouco; 3=Suficiente; 4=Muito; 5=Muitíssimo				
NÃO	SIM	_____	1	2	3	4	5

**4. Perdeu um membro da sua família [filho/filha, companheiro(a)] em ADULTO?**

Isto aconteceu-lhe?		Que idade tinha?	Que impacto teve para si? 1=Nenhum; 2=Pouco; 3=Suficiente; 4=Muito; 5=Muitíssimo				
NÃO	SIM	_____	1	2	3	4	5

**5. Sofreu lesões corporais graves (por exemplo perda de um membro, mutilação ou queimadura)?**

Isto aconteceu-lhe?		Que idade tinha?	Que impacto teve para si? 1=Nenhum; 2=Pouco; 3=Suficiente; 4=Muito; 5=Muitíssimo				
NÃO	SIM	_____	1	2	3	4	5

Se sim, descreva-a(s) por favor:

---



---



---

**6. Teve a sua vida ameaçada por uma doença, uma operação ou um acidente?**

Isto aconteceu-lhe?		Que idade tinha?	Que impacto teve para si? 1=Nenhum; 2=Pouco; 3=Suficiente; 4=Muito; 5=Muitíssimo				
NÃO	SIM	_____	1	2	3	4	5

Se sim, descreva-a(s) por favor:

---



---

**7. Os seus pais divorciaram-se?**

Isto aconteceu-lhe?		Que idade tinha?	Que impacto teve para si? 1=Nenhum; 2=Pouco; 3=Suficiente; 4=Muito; 5=Muitíssimo				
NÃO	SIM	_____	1	2	3	4	5

**8. Divorciou-se?**

Isto aconteceu-lhe?		Que idade tinha?	Que impacto teve para si? 1=Nenhum; 2=Pouco; 3=Suficiente; 4=Muito; 5=Muitíssimo				
NÃO	SIM	_____	1	2	3	4	5

**9. A sua vida foi ameaçada por outra pessoa (por exemplo, durante um crime)?**

Isto aconteceu-lhe?		Que idade tinha?	Que impacto teve para si? 1=Nenhum; 2=Pouco; 3=Suficiente; 4=Muito; 5=Muitíssimo				
NÃO	SIM	_____	1	2	3	4	5

Se sim, descreva-a(s) por favor:

---



---



---

**10. Teve sensações de dor intensa (por exemplo, através de um ferimento ou de uma cirurgia)?**

Isto aconteceu-lhe?		Que idade tinha?	Que impacto teve para si? 1=Nenhum; 2=Pouco; 3=Suficiente; 4=Muito; 5=Muitíssimo				
NÃO	SIM	_____	1	2	3	4	5

Se sim, descreva-a(s) por favor:

---



---



---

**11. Teve alguma experiência de guerra (por exemplo, detenção, perda de parentes, privação ou dano)?**

Isto aconteceu-lhe?		Que idade tinha?	Que impacto teve para si? 1=Nenhum; 2=Pouco; 3=Suficiente; 4=Muito; 5=Muitíssimo				
NÃO	SIM	_____	1	2	3	4	5

**12. Há vítimas de guerra de segunda geração na sua família (pais ou parentes próximos que tenham vivido experiências de guerra)?**

Isto aconteceu-lhe?		Que idade tinha?	Que impacto teve para si? 1=Nenhum; 2=Pouco; 3=Suficiente; 4=Muito; 5=Muitíssimo				
NÃO	SIM	_____	1	2	3	4	5



**13. Testemunhou uma situação traumática vivenciada por outra pessoa?**

Isto aconteceu-lhe?		Que idade tinha?	Que impacto teve para si? 1=Nenhum; 2=Pouco; 3=Suficiente; 4=Muito; 5=Muitíssimo				
NÃO	SIM	_____	1	2	3	4	5

Se sim, descreva-a(s) por favor:

---



---



---

**14. Foi vítima de negligência emocional [por exemplo ser abandonado(a), ter falta de amor] pelos seus pais, irmão ou irmã?**

Isto aconteceu-lhe?		Que idade tinha?	Que impacto teve para si? 1=Nenhum; 2=Pouco; 3=Suficiente; 4=Muito; 5=Muitíssimo				
NÃO	SIM	_____	1	2	3	4	5

**15. Foi vítima de negligência emocional por parte de elementos afastados da sua família [por exemplo tios, tias, sobrinhos(as), avós]?**

Isto aconteceu-lhe?		Que idade tinha?	Que impacto teve para si? 1=Nenhum; 2=Pouco; 3=Suficiente; 4=Muito; 5=Muitíssimo				
NÃO	SIM	_____	1	2	3	4	5

**16. Foi vítima de negligência emocional por elementos externos à sua família [por exemplo, vizinhos(as), amigos(as), professores ou padrastos/madrastas]?**

Isto aconteceu-lhe?		Que idade tinha?	Que impacto teve para si? 1=Nenhum; 2=Pouco; 3=Suficiente; 4=Muito; 5=Muitíssimo				
NÃO	SIM	_____	1	2	3	4	5

**17. Foi vítima de abuso emocional [por exemplo, foi gozado(a), foi atormentado(a), chamaram-lhe nomes, foi ameaçado(a) verbalmente ou injustamente punido] pelos seus pais, irmão ou irmã?**

Isto aconteceu-lhe?		Que idade tinha?	Que impacto teve para si? 1=Nenhum; 2=Pouco; 3=Suficiente; 4=Muito; 5=Muitíssimo				
NÃO	SIM	_____	1	2	3	4	5

**18. Foi vítima de abuso emocional por parte de elementos afastados da sua família?**

Isto aconteceu-lhe?		Que idade tinha?	Que impacto teve para si? 1=Nenhum; 2=Pouco; 3=Suficiente; 4=Muito; 5=Muitíssimo				
NÃO	SIM	_____	1	2	3	4	5

**19. Foi vítima de abuso emocional por parte de elementos externos à sua família?**

Isto aconteceu-lhe?		Que idade tinha?	Que impacto teve para si? 1=Nenhum; 2=Pouco; 3=Suficiente; 4=Muito; 5=Muitíssimo				
NÃO	SIM	_____	1	2	3	4	5

**20. Foi vítima de abuso físico [por exemplo, foi agredido(a), torturado(a) ou ferido(a)] pelos seus pais, irmão ou irmã?**

Isto aconteceu-lhe?		Que idade tinha?	Que impacto teve para si? 1=Nenhum; 2=Pouco; 3=Suficiente; 4=Muito; 5=Muitíssimo				
NÃO	SIM	_____	1	2	3	4	5

Se sim, descreva-a(s) por favor:

---



---



---

**21. Foi vítima de abuso físico por membros afastados da sua família?**

Isto aconteceu-lhe?		Que idade tinha?	Que impacto teve para si? 1=Nenhum; 2=Pouco; 3=Suficiente; 4=Muito; 5=Muitíssimo				
NÃO	SIM	_____	1	2	3	4	5

Se sim, descreva-o(s) por favor:

---



---



---

**22. Foi vítima de abuso físico por parte de elementos externos à sua família?**

Isto aconteceu-lhe?		Que idade tinha?	Que impacto teve para si? 1=Nenhum; 2=Pouco; 3=Suficiente; 4=Muito; 5=Muitíssimo				
NÃO	SIM	_____	1	2	3	4	5

Se sim, descreva-o(s) por favor:

---



---



---

**23. Foi vítima de punições estranhas ou esquisitas?**

Isto aconteceu-lhe?		Que idade tinha?	Que impacto teve para si? 1=Nenhum; 2=Pouco; 3=Suficiente; 4=Muito; 5=Muitíssimo				
NÃO	SIM	_____	1	2	3	4	5

Se sim, descreva-a(s) por favor:

---

**24. Foi vítima de assédio sexual [actos de natureza sexual que NÃO envolvem contacto físico] pelos seus pais, irmão(s) ou irmã(s)?**

Isto aconteceu-lhe?		Que idade tinha?	Que impacto teve para si? 1=Nenhum; 2=Pouco; 3=Suficiente; 4=Muito; 5=Muitíssimo				
NÃO	SIM	_____	1	2	3	4	5

**25. Foi vítima de assédio sexual por membros afastados da sua família?**

Isto aconteceu-lhe?		Que idade tinha?	Que impacto teve para si? 1=Nenhum; 2=Pouco; 3=Suficiente; 4=Muito; 5=Muitíssimo				
NÃO	SIM	_____	1	2	3	4	5

**26. Foi vítima de assédio sexual por elementos externos à sua família?**

Isto aconteceu-lhe?		Que idade tinha?	Que impacto teve para si? 1=Nenhum; 2=Pouco; 3=Suficiente; 4=Muito; 5=Muitíssimo				
NÃO	SIM	_____	1	2	3	4	5

**27. Foi vítima de abuso sexual (actos sexuais NÃO-DESEJADOS que envolvem contacto físico) pelos seus pais, irmão(s) ou irmã(s)?**

Isto aconteceu-lhe?		Que idade tinha?	Que impacto teve para si? 1=Nenhum; 2=Pouco; 3=Suficiente; 4=Muito; 5=Muitíssimo				
NÃO	SIM	_____	1	2	3	4	5

**28. Foi vítima de abuso sexual por membros afastados da sua família?**

Isto aconteceu-lhe?		Que idade tinha?	Que impacto teve para si? 1=Nenhum; 2=Pouco; 3=Suficiente; 4=Muito; 5=Muitíssimo				
NÃO	SIM	_____	1	2	3	4	5

**29. Foi vítima de abuso sexual por parte de elementos externos à sua família?**

Isto aconteceu-lhe?		Que idade tinha?	Que impacto teve para si? 1=Nenhum; 2=Pouco; 3=Suficiente; 4=Muito; 5=Muitíssimo				
NÃO	SIM	_____	1	2	3	4	5

32. Descreva, por favor, uma **OUTRA** situação traumática que teve impacto para si.

---

---

---

---

---

Para finalizar este questionário, por favor, coloque um X no local que lhe corresponde:

Sexo:

☐ Masculino  
☐ Feminino

Idade:

\_\_\_\_\_

Estado-Civil:

☐ Solteiro(a)  
☐ Casado(a)  
☐ União de facto  
☐ Divorciado(a)  
☐ Viúvo(a)

Habilitações Literárias:

\_\_\_\_\_

Data:

...../...../..... (dia) (mês) (ano)

**Muito Obrigada Pela Sua Cooperação**

## ANEXO 3

### Escala de Beck de Auto-Avaliação da Depressão

Nome: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Isto é um questionário constituído por vários grupos de afirmações. Em cada grupo escolha uma única afirmação, a que melhor descrever a forma como se sente no momento actual.

<input type="checkbox"/>	Não me sinto triste
<input type="checkbox"/>	Ando “em baixo” ou triste
<input type="checkbox"/>	Sinto-me “em baixo” todo o tempo e não consigo evitá-lo
<input type="checkbox"/>	Estou tão triste ou infeliz que esse estado se torna penoso para mim
<input type="checkbox"/>	Sinto-me tão triste ou infeliz que não consigo suportar mais este estado
<input type="checkbox"/>	Não estou demasiado pessimista nem me sinto desencorajado(a) em relação ao futuro
<input type="checkbox"/>	Sinto-me com medo do futuro
<input type="checkbox"/>	Sinto que não tenho nada a esperar do que surja no futuro
<input type="checkbox"/>	Creio que nunca conseguirei resolver os meus problemas
<input type="checkbox"/>	Não tenho qualquer esperança no futuro e penso que a minha situação não pode melhorar
<input type="checkbox"/>	Não tenho a sensação de ter fracassado
<input type="checkbox"/>	Sinto que tive mais fracassos que a maioria das pessoas
<input type="checkbox"/>	Sinto que realizei muito pouca coisa que tivesse valor ou significado
<input type="checkbox"/>	Quando analiso a minha vida passada, tudo o que noto são uma quantidade de fracassos
<input type="checkbox"/>	Sinto-me completamente falhado(a) como pessoa (pai, mãe, marido, mulher, filho, filha,...)
<input type="checkbox"/>	Não me sinto descontente com nada em especial
<input type="checkbox"/>	Sinto-me aborrecido(a) a maior parte do tempo
<input type="checkbox"/>	Não obtenho satisfação com as coisas que me alegravam antigamente
<input type="checkbox"/>	Nunca mais consigo obter satisfação seja com o que for
<input type="checkbox"/>	Sinto-me descontente com tudo
<input type="checkbox"/>	Não me sinto culpado(a) por nada em particular
<input type="checkbox"/>	Sinto, grande parte do tempo, que sou mau(má) ou que não tenho qualquer valor
<input type="checkbox"/>	Sinto-me bastante culpado(a)
<input type="checkbox"/>	Agora, sinto permanentemente que sou mau(má) e não valho absolutamente nada
<input type="checkbox"/>	Considero que sou mau(má) e não valha absolutamente nada
<input type="checkbox"/>	Não sinto que esteja a ser vítima de algum castigo
<input type="checkbox"/>	Tenho o pressentimento de que me pode acontecer alguma coisa de mal
<input type="checkbox"/>	Sinto que estou a ser castigado(a) ou que em breve serei castigado(a)
<input type="checkbox"/>	Sinto que mereço ser castigado(a)
<input type="checkbox"/>	Quero ser castigado(a)
<input type="checkbox"/>	Não me sinto descontente comigo
<input type="checkbox"/>	Estou desiludido(a) comigo
<input type="checkbox"/>	Não gosto de mim
<input type="checkbox"/>	Estou bastante desgostoso(a) comigo
<input type="checkbox"/>	Odeio-me
<input type="checkbox"/>	Não sinto que seja pior do que qualquer outra pessoa
<input type="checkbox"/>	Critico-me a mim mesmo pelas minhas fraquezas ou erros
<input type="checkbox"/>	Culpo-me das minhas próprias faltas
<input type="checkbox"/>	Acuso-me por tudo de mal que acontece

<input type="checkbox"/>	Não tenho quaisquer ideias de fazer mal a mim mesmo(a)
<input type="checkbox"/>	Tenho ideias de pôr termo à vida mas não sou capaz de as concretizar
<input type="checkbox"/>	Sinto que seria melhor morrer
<input type="checkbox"/>	Creio que seria melhor para a minha família se eu morresse
<input type="checkbox"/>	Tenho planos concretos sobre como hei-de pôr termo à minha vida
<input type="checkbox"/>	Matar-me-ia se tivesse oportunidade
<input type="checkbox"/>	Habitualmente não choro mais do que costume
<input type="checkbox"/>	Choro agora mais do que costumava
<input type="checkbox"/>	Actualmente passo o tempo a chorar e não consigo deixar de fazê-lo
<input type="checkbox"/>	Costumava ser capaz de chorar, mas agora nem sequer consigo, mesmo que tenha vontade
<input type="checkbox"/>	Não ando agora mais irritado(a) do que costumava
<input type="checkbox"/>	Fico aborrecido(a) ou irritado(a) mais facilmente do que costumava
<input type="checkbox"/>	Sinto-me permanentemente irritado(a)
<input type="checkbox"/>	Já não consigo ficar irritado(a) por coisas que me irritavam anteriormente
<input type="checkbox"/>	Não perdi o interesse que tinha nas outras pessoas
<input type="checkbox"/>	Actualmente sinto menos interesse pelos outros do que costumava ter
<input type="checkbox"/>	Perdi quase todo o interesse pelas outras pessoas, sentindo pouca simpatia por elas
<input type="checkbox"/>	Perdi por completo o interesse pelas outras pessoas, não me importando absolutamente com nada a seu respeito
<input type="checkbox"/>	Sou capaz de tomar decisões tão bem como antigamente
<input type="checkbox"/>	Actualmente sinto-me menos seguro(a) de mim mesmo e evito tomar decisões
<input type="checkbox"/>	Não sou capaz de tomar decisões sem ajuda das outras pessoas
<input type="checkbox"/>	Sinto-me completamente incapaz de tomar qualquer decisão
<input type="checkbox"/>	Não acho que tenha pior aspecto do que costumava
<input type="checkbox"/>	Estou aborrecido(a) porque estou a parecer velho(a) ou pouco atraente
<input type="checkbox"/>	Sinto que se deram modificações permanentes na minha aparência que me tornaram pouco atraente
<input type="checkbox"/>	Sinto que sou feio(a) ou que tenho um aspecto repulsivo
<input type="checkbox"/>	Sou capaz de trabalhar tão bem como antigamente
<input type="checkbox"/>	Agora preciso de um esforço maior do que antes para começar a trabalhar
<input type="checkbox"/>	Não consigo trabalhar tão bem como de costume
<input type="checkbox"/>	Tenho de despende um grande esforço para fazer seja o que for
<input type="checkbox"/>	Sinto-me incapaz de realizar qualquer trabalho, por mais pequeno que seja
<input type="checkbox"/>	Consigo dormir tão bem como antes
<input type="checkbox"/>	Acordo mais cansado(a) de manhã do que era habitual
<input type="checkbox"/>	Acordo cerca de 1-2 horas mais cedo do que o costume e custa-me voltar a adormecer
<input type="checkbox"/>	Acordo todos os dias mais cedo do que o costume e não durmo mais do que cinco horas
<input type="checkbox"/>	Não me sinto mais cansado(a) do que é habitual
<input type="checkbox"/>	Fico cansado(a) com mais facilidade do que antigamente
<input type="checkbox"/>	Fico cansado(a) quando faço seja o que for
<input type="checkbox"/>	Sinto-me tão cansado(a) que sou incapaz de fazer o que quer que seja
<input type="checkbox"/>	O meu apetite é o mesmo de sempre
<input type="checkbox"/>	O meu apetite não é tão bom como costumava ser
<input type="checkbox"/>	Actualmente o meu apetite está muito pior do que anteriormente
<input type="checkbox"/>	Perdi por completo todo o apetite que tinha
<input type="checkbox"/>	Não tenho perdido/ganho muito peso, se é que perdi algum ultimamente
<input type="checkbox"/>	Perdi/Ganhei mais de 2,5 kg de peso
<input type="checkbox"/>	Perdi/Ganhei mais de 5 kg de peso
<input type="checkbox"/>	Perdi/Ganhei mais de 7,5 kg de peso

- |  |
|--|
| <input type="checkbox"/> A minha saúde não me preocupa mais do que o habitual  |
| <input type="checkbox"/> Sinto-me preocupado(a) com dores e sofrimento, ou má disposição de estômago, prisão de ventre ou outras sensações físicas desagradáveis |
| <input type="checkbox"/> Estou tão preocupado(a) com a maneira como me sinto ou com aquilo que sinto, que se torna difícil pensar noutra coisa                   |
| <input type="checkbox"/> Encontro-me totalmente preocupado(a) pela maneira como me sinto   |

- |   |
|---|
| <input type="checkbox"/> Não notei qualquer mudança recente no meu interesse pela vida sexual     |
| <input type="checkbox"/> Encontro-me menos interessado(a) pela vida sexual do que costumava estar |
| <input type="checkbox"/> Actualmente sinto-me muito menos interessado(a) pela vida sexual         |
| <input type="checkbox"/> Perdi completamente o interesse que tinha pela vida sexual               |

## ANEXO 4

### BSI (*Brief Symptom Inventory*)

(L.R. Derogatis, 1993; Versão: M.C. Canavarro, 1995)

Nome: ..... Sexo:.....

Estado Civil: ..... Profissão: ..... Idade: ..... Data:.....

Residência: .....

A seguir encontra-se uma lista de problemas ou sintomas que por vezes as pessoas apresentam. Assinale, num dos espaços à direita de cada sintoma, aquele que melhor descreve o GRAU EM QUE CADA PROBLEMA O INCOMODOU DURANTE A ÚLTIMA SEMANA. Para cada problema ou sintoma marque apenas um espaço com uma cruz. Não deixe nenhuma pergunta por responder.

Em que medida foi incomodado pelos sintomas seguintes:	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes
1. Nervosismo ou tensão interior					
2. Desmaios ou tonturas					
3. Ter a impressão que as outras pessoas podem controlar os seus pensamentos					
4. Ter a ideia que os outros são culpados pela maioria dos seus problemas					
5. Dificuldade em se lembrar de coisas passadas ou recentes					
6. Aborrecer-se ou irritar-se facilmente					
7. Dores sobre o coração ou no peito					
8. Medo na rua ou praças públicas					
9. Pensamentos de acabar com a vida					
10. Sentir que não pode confiar na maioria das pessoas					
11. Perder o apetite					
12. Ter um medo súbito sem razão para isso					
13. Ter impulsos que não se podem controlar					
14. Sentir-se sozinho mesmo quando está com mais pessoas					
15. Dificuldade em qualquer trabalho					
16. Sentir-se sozinho					
17. Sentir-se triste					
18. Não ter interesse por nada					
19. Sentir-se atemorizado					
20. Sentir-se facilmente ofendido nos seus sentimentos					
21. Sentir que as outras pessoas não são amigas ou não gostam de si					
22. Sentir-se inferior aos outros					



23. Vontade de vomitar ou mal-estar do estômago					
24. Impressão de que os outros o costumam observar ou falar de si					
25. Dificuldade em adormecer					
26. Sentir necessidade de verificar várias vezes o que faz					
27. Dificuldade em tomar decisões					
28. Medo de viajar de autocarro, de comboio ou de metro					
29. Sensação de que lhe falta o ar					
30. Calafrios ou afrontamentos					
31. Ter de evitar certas coisas, lugares ou actividades por lhe causarem medo					
32. Sensação de vazio na cabeça					
33. Sensação de anestesia (encortiçamento ou formigueiro) no corpo					
34. Ter a ideia de que devia ser castigado pelos seus pecados					
35. Sentir-se sem esperança perante o futuro					
36. Ter dificuldade em se concentrar					
37. Falta de forças em partes do corpo					
38. Sentir-se em estado de tensão ou aflição					
39. Pensamentos sobre a morte ou que vai morrer					
40. Ter impulsos de bater, ofender ou ferir alguém					
41. Ter vontade de destruir ou partir coisas					
42. Sentir-se embaraçado junto de outras pessoas					
43. Sentir-se mal no meio das multidões como lojas, cinemas ou assembleias					
44. Grande dificuldade em sentir-se "próximo" de outra pessoa					
45. Ter ataques de terror ou pânico					
46. Entrar facilmente em discussão					
47. Sentir-se nervoso quando tem de ficar sozinho					
48. Sentir que as outras pessoas não dão o devido valor ao seu trabalho ou às suas capacidades					
49. Sentir-se tão desassossegado que não consegue manter-se sentado quieto					
50. Sentir que não tem valor					
51. A impressão que, se deixasse, as outras pessoas se aproveitariam de si					
52. Ter sentimentos de culpa					
53. Ter a impressão que alguma coisa não regula bem na sua cabeça					

# Apêndices

---

# APÊNDICE A

## DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

*Considerando a "Declaração de Helsínquia" da Associação Médica Mundial  
(Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996 e Edimburgo 2000)*

### **Designação do Estudo:**

Experiências Traumáticas e Psicopatologia na Perturbação de Dor Somatoforme.

Eu, abaixo-assinado, (nome completo da utente) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, compreendi a  
explicação que me foi fornecida acerca da investigação que se tenciona realizar,  
bem como do estudo em que serei incluído(a).

Tomei conhecimento de que, de acordo com as recomendações da Declaração  
de Helsínquia, a informação ou explicação que me foi prestada versou os  
objectivos, os métodos, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual  
desconforto. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o  
tempo a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito  
qualquer prejuízo na assistência que me é prestada.

Por isso, consinto que me sejam aplicados os questionários propostos pela  
investigadora.

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20\_\_\_\_

**Assinatura da utente:** \_\_\_\_\_

A Investigadora responsável:

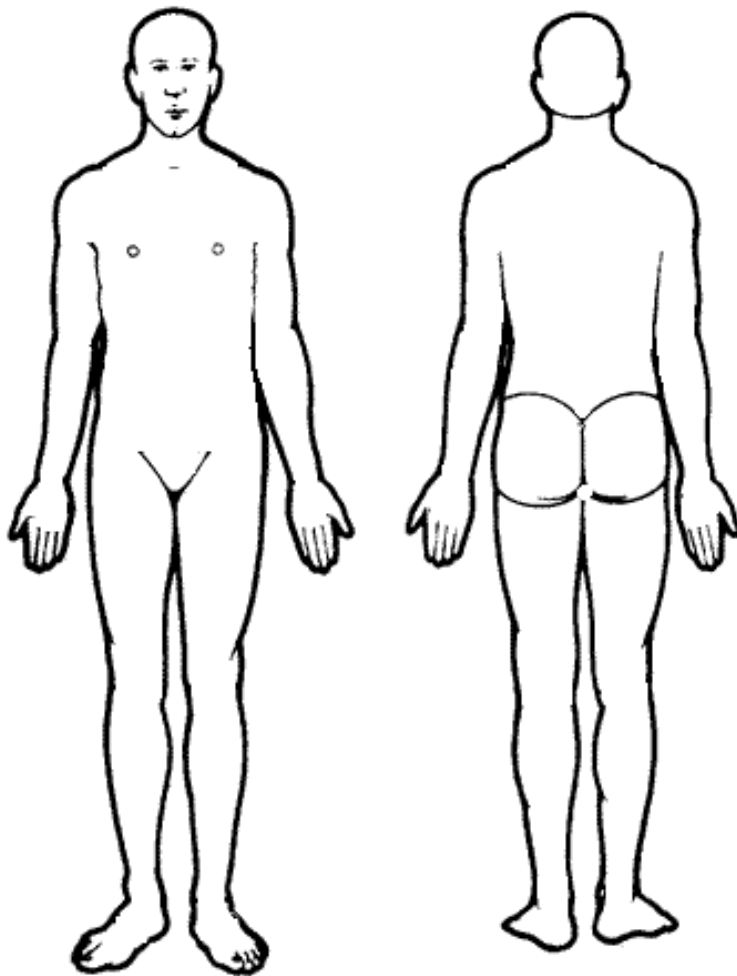
**Nome:** Lara Sofia de Jesus Martins

**Assinatura:**

## APÊNDICE B

### *Mapa Corporal da Dor (MCD)*

Por favor, indique, através da marcação no mapa, a zona do corpo na qual tem vindo a sentir dor forte ou grande desconforto de forma persistente.



Nesta escala de 0 a 5 qual é a intensidade da dor que sente?

(Nenhuma dor) 0 \_\_\_\_\_ 1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_ 5 \_\_\_\_\_ (Máximo de dor)

Outros dados relevantes a registar para a compreensão da dor:

---

---

---

Obrigada pela sua colaboração.